



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

A 3 A. 18352

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.

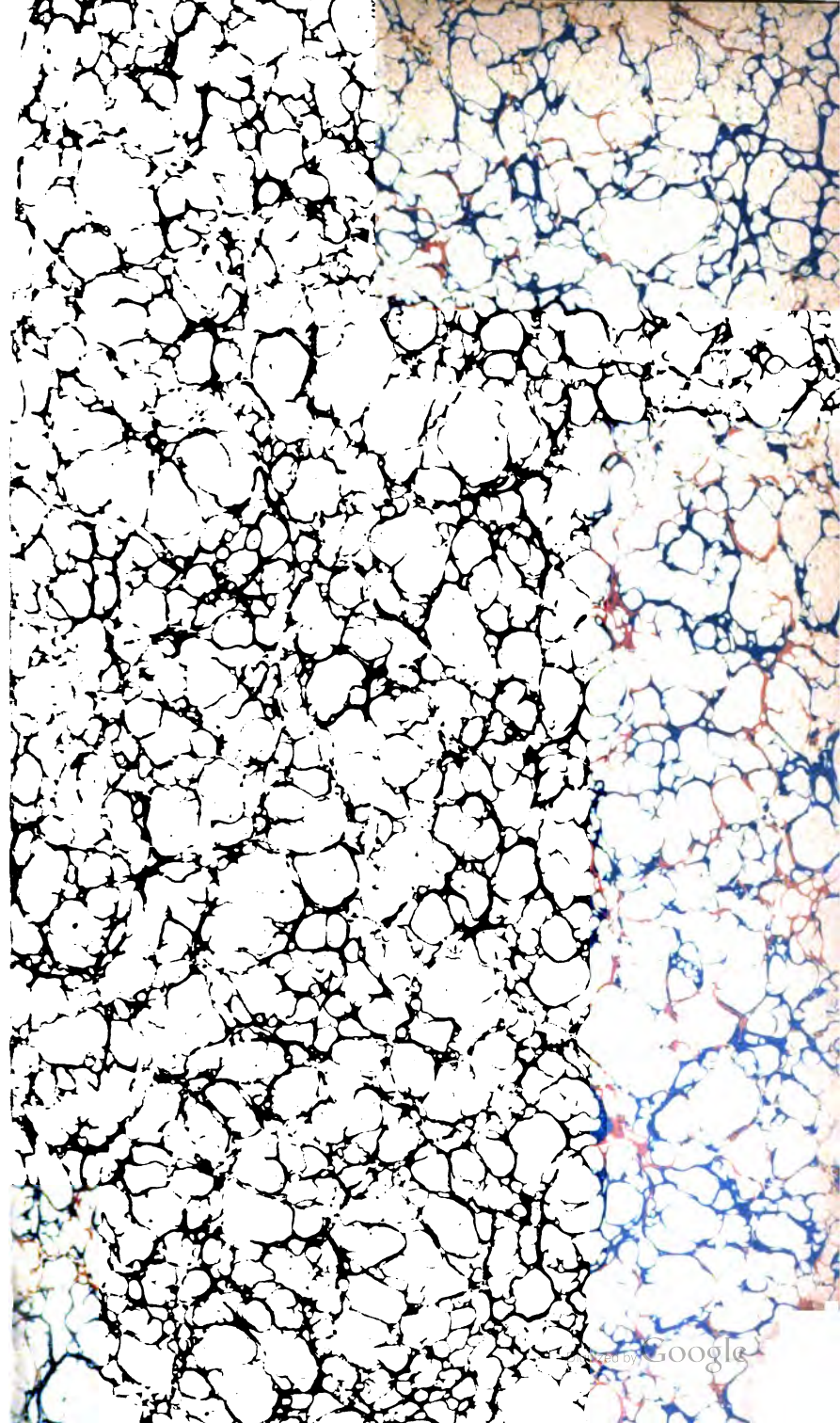


LIBRARY

OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*
1898



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS 4

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

**ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE,
CLINIQUE.**

XLIX. ANNÉE (1874)

3^e SÉRIE. — TOME IX

RÉDIGÉS PAR
MM. RENDU & SEVESTRE,
SECRÉTAIRES

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

3.A.1835.2.

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1874

3^e SÉRIE. — TOME IX

Bureau.

Président perpétuel....	MM. CRUVEILHIER, père.
Président.....	CHARCOT.
Vice Présidents.....	{ GUÉNIOT.
	{ PARROT.
Secrétaires.....	{ RENDU.
	{ SEVESTRE.
Trésorier.....	CARVILLE.
Archiviste	LANDOUZY.

Membres Honoraires.

MM.	BOUCHARD (Ch.), 1869.
ARCHAMBAUD.	BOURDON, père, 1846.
AXENFELD, 1859.	BRIERRE DE BOISMONT.
BARTH, 1867.	BROCA.
BARTHEZ (E).	BROUARDEL, 1869.
BÉHIER.	BUCQUOY, 1860.
BESNIER (Etd.), 1866.	CALVO, 1847.
BLACHE (R), 1873.	CASTELNAU (H. de).
BLACHEZ, 1866.	CAUDMONT, 1853.
BLAIN DES CORMIERS, 1866.	CAZALIS, père.
BLONDEAU, 1854.	CHARCOT, 1873.
BLOT, 1850.	CHARPENTIER, 1872.
BOINET.	CHARRIER, 1862.

MM.

CHASSAIGNAC.
 CLOQUET.
 CONTOUR.
 CORNIL (V.), 1871.
 COSTILHES, 1845.
 CRUVEILHIER, père.
 CRUVEILHIER, fils, 1869.
 DEMARQUAY, 1846.
 DESCROIZILLES, 1869.
 DESORMEAUX, 1868.
 DESPRÉS (Ar.), 1869.
 DURAND-FARDEL.
 DUGUET, 1873.
 FIAUX.
 GALLARD.
 GENOUVILLE, 1867.
 GÉRIN-ROZE, 1867.
 GÉRY, 1835.
 GILLETTE, 1872.
 GIRALDÈS.
 GOSSELIN.
 GOUBAUX.
 GOURAUD (X.), 1872.
 GUÉNEAU DE MUSSY.
 GUÉNIOT, 1873.
 GUÉRARD.
 GUYOT, 1867.
 HALLÉ, 1872.
 HARDY.
 HÉRARD.
 HERSENT.
 HOUEL, 1852.
 HUTIN.
 JOLLY.
 KELSCH, 1873.
 LABBÉ (Ed.), 1871.
 LABBÉ (Léon), 1871.
 LABORDE (J. V.), 1873.
 LAMBRON.
 LANCEREAUX, 1873.
 LANNELONGUE, 1873.

MM.

LARREY.
 LEFEBVRE.
 LORAIN.
 LUNIER, 1851..
 MAISONNEUVE.
 MANEC, 1835.
 MARROTTE.
 MARTINEAU, 1867.
 MAZET.
 MERCIER.
 MEUNIER, 1872.
 MEURIOT, 1873.
 MILLARD, 1866.
 MOISSENET.
 MONOD, père, 1835.
 MOREAU, 1872.
 MOUTARD-MARTIN, 1846.
 NICAISE, 1872.
 PARMENTIER, 1871.
 PARROT, 1873.
 PAUL (C). 1866.
 PERIER, 1872.
 PIGEAX, 1835.
 PIOGEY, 1856.
 POTAIN.
 POUMET, 1872.
 PROUST (Ad.), 1865.
 RANVIER, 1873.
 RICORD.
 ROBIN (Ch.).
 ROGER (H.) 1840.
 ROKITANSKI.
 SÉDILLOT.
 TARDIEU.
 TAVIGNOT.
 TRÉLAT (U.), 1864.
 VERNEUIL.
 VIDAL.
 VOISIN (A.), 1871.
 VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.**MM.**

ANGER (Th.), 1869.
BESNIER (J.), 1872.
BOUCHEREAU, 1872.
BOURNEVILLE, 1873.
CARRIÈRE, 1869.
CARVILLE (C.), 1872.
CHANTREUIL, 1872.
DUCASTEL, 1873.
DEBOVE, 1873.
FERNET (Ch.), 1872.
GINGBOT, 1872.
HALLOPEAU, 1873.
HAYEM, 1871.
HÉNOCQUE, 1872.

MM.

JOFFROY (Al.), 1873.
LE COURTOIS, 1871.
LE DENTU, 1869.
LEGROUX, 1868.
LÉPINE (R.), 1873.
LIOUVILLE (H.), 1870.
MAGNAN, 1872.
MALASSEZ, 1873.
MONOD (Ch.), 1873.
OLLIVIER, 1869.
SANNÉ, 1872.
SCHWEICH, 1872.
SEVESTRE (A.), 1873.
TERRILLON, 1873.

Membres adjoints.**MM.**

BASSEREAU, 1870.
BERGER (P.), 1870.
BERGERON, 1873.
BOTTENTUIT, 1869.
BOUILLY, 1869.
BOURDON, fils, 1871.
CADIAT, 1873.
CAMPENON, 1872.
CAZALIS (J.), 1873.
CHEVALET, 1873.
CHOUPE, 1873.
COYNE, 1871.
DAMASCHINO, 1864.
DANLOS, 1873.
DEFOY, 1873.
D'HEILLY, 1864.
DUPUY (L. E.), 1872.
FARABEUF, 1866.
GOUQUENHEIM, 1864.
GRANCHER, 1872.
HAMY, 1869.

MM.

HANOT (V.), 1873.
HOMOLLE, 1873.
HORTELOUP, 1862.
HUBERT, 1873.
LABADIE-LAGRAVE, 1870.
LABARRAQUE, 1873.
LACOMBE, 1873.
LAGRANGE, 1872.
LANDOUZY, 1871.
LAUGIER (M.), 1871.
LEBRETON, 1868.
LEROY, 1866.
LOLLIOT, 1868.
LONGUET, 1873.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.).
MARCANO (G.), 1873.
MARTIN (E.), 1873.
MONOD (L.), 1867.
MURON, 1869.
NEPVEU, 1869.
ORY, 1873.

MM.

PASTURAUD, 1873.
PEYROT, 1873.
PLANCHON, 1869.
POZZI (S.), 1872.
QUINQUAUD, 1871.
RATHERY, 1870.
RECLUS (P.), 1873.
RENAULT (Alex.), 1873.
RENAUT (J.), 1872.

MM.

RENDU, 1870.
RICHELOT, 1869.
ROBIN (Alb.), 1873.
ROSAPPEL (L.), 1873.
SEUVRE, 1873.
THORENS, 1871.
TROISSIER, 1872.
VEYSSIÈRE, 1873.

Membres correspondants.

MM.

ALLING, Alger.
AUBRÉE, Rennes.
BAILLARGER, Paris.
BAILLY, Paris.
BALL, Paris.
BARDINET, Limoges.
BARNIER, Paris.
BASTIEN, Paris.
DE BEAUVAIS, Paris.
BERCIOUX, Bourges.
BERGERON, Paris.
BERNUTZ, Paris.
BIDARD, Paris.
BLAIN, Bernay.
BLUM, Paris.
BOÉCHAT, Fribourg.
BONNET, Valence (Drôme).
BORDIER, Paris.
BOUCHER, Corbeil.
BOUCHUT, Paris.
BOURDON, Clermont-Ferrand.
BOUSSEAU, Cholet (M. et-L.).
BOUTELLER, Rouen.
BRUN, Paris.
BRULÉ, Hermel.
CADET DE GASSICOURT, Paris.
CAFFE, Paris.
CAMPANA, Paris.

MM.

CAMPBELL, Paris.
CARESME, Paris.
CASTIAUX (J.), Lille.
CAUCHOIS, Rouen.
CAUSIT, Castillon-sur-Dordogne (Gironde).
CAVASSE, Le Canet (Alp. Mar.).
CHALLAND, Lausanne.
CHEDEVERGNE, Poitiers.
CHÉNIEUX, Limoges.
COLAS, Chartres.
COLIN, Alfort.
CORNILLON, Vichy.
CURTIS, Boston (U.-S.)
CUSCO, Paris.
DECÈS (A.), Reims.
DECORI, Paris.
DECORNIÈRE, Lisieux.
DELBARRÉ, Cambrai.
DELPECH, Paris.
DENUCÉ, Bordeaux.
DEPAUL, Paris.
DÉPÉRET MURET, Limoges.
DESNOS, Paris.
DESRUELLES, Paris.
DESTOUCHES, Paris.
DEVOUGES, Corbeil.
DIDAY, Lyon.

MM.

DIEULAF0Y, Paris.
DODEUIL, Ham.
DOLBEAU, Paris.
DRANSART, Soumain (Nord).
DUBOIS, Abbeville.
DUBRUEIL, Paris.
DUBUC, Paris.
DUCHAUSSOY, Paris.
DUCLOS, Rouen.
DUMONT-PALLIER, Paris.
DUMOULIN, Paris.
DUPERTUIS, Champigny (Seine).
DUPLAY, Paris.
DURAND, St-Martin-d'Auxigny
(Cher).
EMPIS, Paris.
D'ESPINE, Genève.
FARABEUF, Paris.
FAURE, Riom.
FERRAND, Paris.
FISCHER, Paris.
FLEUROT, Dijon.
FLEURY, Clermont-Ferrand.
FOLLET, Lille.
FORGET, Paris.
FOUCAULT, Fontainebleau.
FOURNIER, Paris.
FREDET, Clermont-Ferrand.
FRÉMY, père, Paris.
FRÉMY, fils, Paris.
GADAUD, Périgueux.
GELLÉ, Paris.
GIRARD, Grenoble.
GONTIER, Paris.
GRIPAT, Angers.
GUBLER, Paris.
GUIBOUT, Paris.
GUITTON, Dieppe.
GUYON, Paris.
HABRAN, Reims.
HALLEZ, Lille.

MM.

HENROT, Reims.
HERPIN, Tours.
HERVEY, Troyes.
HILLAIRET, Paris.
HUCHARD, Paris.
HUETTE, Montargis.
ISAMBERT, Paris.
LABOULBÈNE, Paris.
LABRIC, Paris.
LACROUZILLE, Périgueux.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE,
Paris.
LAFONT, Bayonne.
LAILLER, Paris.
LALLEMENT, Nancy.
LAMARRE, St-Germain-en-Laye.
LANGLET, Reims.
LE BAIL, le Mans.
LEDIBERDER, Lorient.
LEDRU, Clermont-Ferrand.
LE FORT (L.), Paris.
LÉGÉE.
LEGENDRE, Paris.
LELONG, Chartres.
LEROY DES BARRES, St-Denis.
LEROY D'ETIOLLE, Paris.
LESOUËF, Criquetot - Souville
(Seine-Inférieure).
LE TEINTURIER, Paris.
LEUDET, Rouen.
LETENNEUR, Nantes.
LEVEN, Paris.
LEVIEUX, Bordeaux.
LORRAINE, Orléans.
LUTON, Reims.
LUYS, Paris.
MAGDELAIN, St-Etienne.
MAINGAULT, Paris.
MALHERBE, père, Nantes.
MALHERBE (Albert), Nantes.
MANDL, Paris.

MM.

MARJOLIN, Paris.
MATICE, Paris.
MEURIOT, Paris.
MOLLOY, PARIS.
MONOD (L.) Paris.
MOUTON, Cutz (Oise).
MOYNIER, Paris.
MURELLE, Rouen.
NÉGRIÉ, Bordeaux.
NIVERT, Tours.
OLLIVIER, Rouen.
OULMONT, Paris.
PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand
(Aisne).
PANAS, Paris.
PAQUET, Paris.
PARIS, Angoulême.
PARISE, Lille.
PÉAN, Paris.
PELTIER, Sedan.
PELVET, Paris.
PÉNARD, Versailles.
PERRET, Rennes.
PERRIN, Paris.
PERROCHAUD, Berck-sur-Mer.
PEULEVET, Amiens.
PEYRAUD, Libourne.
PIBERET, Paris.
PIHAN-DUFEILLAY, Nantes.
PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
DE PUISSAYE, Paris.
RAGOT, Pont-Audemer.
RAYMOND, Limoges.
RAYNAUD (M.), Paris.

MM.

REVERDIN, Genève.
RICHARD (Maisonneuve), Paris.
RICHET, Paris.
RIPOLL, Toulouse.
ROQUE, Arnac - Pompadour
(Corrèze).
ROUGET, Montpellier.
SAINT-GERMAIN, Paris.
SAISON, Pau.
SCHLOSS, Paris.
SECOND-FÉREOL, Paris.
SÉE (G.), Paris.
SÉE (M.), Paris.
SENTEX, St-Sever.
SERRAILLER, Cannes.
SÉZARY, Alger.
SIREDEY, Paris.
SLAWJANSKI, St-Pétersbourg.
SPIESS, Genève.
TARNIER, Paris.
TEILLAIS, Nantes.
THAON, Nice.
THIBIERGE, Paris.
THIERRY, Rouen.
TILLAUX, Paris.
TIRMAN, Mézière.
TIXIER, Clermont-Ferrand
TONNET, Niort.
TRIPPIER (L.), Lyon.
VERNOIS, Paris.
VILLARD, Guéret.
VOILLEMIER, Paris.
WARINGER, Calais.
WAST, Vitry-le-Français.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

49^e ANNÉE. — JANVIER 1874.

Séance du 9 janvier.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

•
1. Tumeurs cystiques du sein.

M. GADIAT présente les conclusions suivantes d'un travail qui sera prochainement publié ; ce sont des recherches histologiques sur la *Pathogénie des tumeurs cystiques du sein*.

I. Les tumeurs cystiques du sein sont des transformations des hypertrophies glandulaires. Dans ces tumeurs hypertrophiques, il y a génération de culs-de-sac, sans développement parallèle des canaux galactophores. La formation de l'élément glandulaire entraîne comme conséquence la sécrétion. Le liquide sécrété ne peut s'écouler, d'où dilatation de l'enveloppe qui le contient et production d'une cavité cystique. Sur une même tumeur on peut suivre toutes les phases de transformation, depuis le cul-de-sac jusqu'au kyste.

II. Les tumeurs, dites cystosarcomes, sont produites par des bourgeonnements du tissu lamineux de cloisonnement dans les culs de-sac dilatés, une fois que cette dilatation a atteint un certain degré ; ou bien par le développement simultané des éléments glandulaires et des éléments embryonnaires du tissu lamineux. De là deux espèces de tumeurs. Dans tous ces kystes, on retrouve du lait avec ses caractères anatomiques, ce qui prouve leur nature glandulaire.

III. Les épithéliums des culs-de-sac subissent une série de transformations intéressantes. Semblables dans les plus petites de ces cavités à ceux qu'on voit dans la mamelle, pendant la grossesse, à mesure que le kyste se constitue et se remplit de liquide, eux aussi se gonflent, deviennent très-volumineux sans accroissement ou multiplication de leurs noyaux et passent à l'état vésiculeux. Un peu plus tard, leurs noyaux eux-mêmes disparaissent et ces éléments ressemblent alors tout à fait à des cellules végétales. Dans ces transformations ils peuvent prendre des aspects tels qu'ils ont pu passer, à un examen superficiel, pour des cellules qu'on a appelées cancéreuses. Le liquide et les cellules contenus dans les kystes, se retrouvent avec les mêmes caractères dans toutes les tumeurs dites cystosarcomes, que nous avons vues. Et le kyste lui-même présentait dans son ensemble les modifications que nous avons exposées.

Nous en concluons que toutes ces tumeurs ont pour élément fondamental l'élément glandulaire, existant souvent seul, ou modifié plus ou moins par le développement consécutif ou parallèle de l'élément fibro-plastique du kyste.

M. GIRALDÈS. — L'idée de l'origine glandulaire des tumeurs cystiques de la mamelle est fort ancienne; Brodie, bien avant Velpeau et les auteurs modernes, l'avait énoncée explicitement dans ses ouvrages, et moi-même je l'ai indiquée expressément (1), sans pouvoir prouver le fait autrement que par les moyens usités de mon temps. Les recherches de M. Cadiat viennent apporter une confirmation à cette théorie.

2. Anomalie congénitale du globe oculaire chez un fœtus atteint également d'hydrocéphalie, de bec-de-lièvre et de syndactylie des pieds et des mains, par L. E. DUPUY, interne de la Maternité de Cochin.

Ce fœtus provient d'une jeune Alsacienne, âgée de 25 ans, primipare, enceinte de huit mois et demi, ne présentant aucun antécédent héréditaire, qui est venue accoucher à la Maternité de l'hôpital Cochin, dans le service de M. POLAILLON. L'enfant se présentait par l'épaule; l'évolution spontanée se fit avant même que l'on ait fini les préparatifs de la version; il vint au monde vivant, poussa quelques cris et vécut 25 minutes environ. Il pesait 1,450 grammes.

Voici les principaux vices de conformation que présentait ce fœtus :

(1) *Mémoires de la Société de Chirurgie.*

Membres supérieurs. Main droite : Syndactylie de l'index et du médus ; — **main gauche :** Syndactylie des quatre derniers doigts avec atrophie concomitante des phalanges. Certaines phalangelles ne sont représentées que par de petits tubercules, ayant l'aspect d'un *moluscum pendulum*.

Membres inférieurs. Pied droit : Syndactylie complète des deux derniers orteils ; — **pied gauche :** Syndactylie membraneuse des deuxième, troisième et quatrième orteils.

Tête : La voûte crânienne présente à sa partie supérieure une encéphalocèle considérable dont l'enveloppe, formée uniquement par les méninges, s'est rompue pendant l'accouchement.

Au niveau de la bosse frontale gauche, le fœtus présente une petite tumeur en forme d'amande qui, à la coupe, présente tous les caractères d'un angiome.

Globes oculaires. Œil droit : La paupière supérieure est incomplètement développée et ne recouvre qu'imparfaitement le globe de l'œil. La paupière inférieure est normale. La joue, au niveau de l'angle interne de l'œil, se prolonge sur le globe oculaire, et la partie des ligaments vient s'insérer au centre même de la cornée. Il en résulte une languette cutanée, à contours réguliers, aplatie, allant directement de la joue à la cornée.

Œil gauche : Présente une disposition analogue à la précédente. La joue gauche présente une expansion cutanée, partant de sa partie supérieure et allant s'insérer au centre de la cornée. Une longue bride cutanée, moins large et plus arrondie que les précédentes, part également de la joue gauche pour aller s'insérer sur la membrane d'enveloppe de l'encéphalocèle.

Nez : Complètement aplati et considérablement élargi dans le sens transversal. L'os intermaxillaire, parfaitement libre, n'est fixé que par sa partie supérieure à la cloison des fosses nasales. Il n'existe pas, à proprement parler, de voûte palatine, tant est considérable l'écartement des deux maxillaires supérieurs. La lèvre et le maxillaire inférieurs sont normaux.

Cavité thoracique : Tous les viscères sont normaux ainsi que les gros vaisseaux.

Cavité abdominale : Les divers viscères abdominaux ne présentent aucune anomalie.

RÉFLEXIONS. L'abnormité congénitale du globe oculaire que nous avons observée chez ce fœtus est un fait excessivement rare, peut-être même unique dans la science.

On cite, il est vrai, quelques cas d'adhérences des paupières au globe de l'œil ; mais nous ne pensons point qu'on

ait décrit *au prolongement de la joue allant s'insérer au centre de la cornée.*

Quant à l'origine de cette curieuse anomalie, tout porte à croire qu'il s'agit d'un arrêt de développement, ou du moins de la persistance d'un état transitoire dans la formation de l'œil. On sait, en effet, que la partie de l'enveloppe tégumentaire du fœtus, recouvrant l'endroit où se formeront les divers milieux de l'œil, donne naissance aux paupières et à l'enveloppe commune de l'œil, qui lui-même devient l'origine de la cornée et de la sclérotique. Rien n'est donc plus naturel que d'admettre un développement imparfait, ayant entraîné la persistance de ces brides cutanées, réunissant la joue à la cornée.

Au point de vue de la pathogénie de certaines tumeurs congénitales, notre observation n'est point non plus sans intérêt et explique le mode de production de ces excroissances charnues, ayant la grosseur d'un poids et couvertes de poils. Mais nous n'insisterons pas davantage sur ce point qui doit faire l'objet d'une communication à la *Société de Chirurgie*, de la part de notre chef de service, M. Polaillon.

3. Rupture spontanée de l'utérus, pendant l'accouchement chez une femme présentant un bassin rétréci de 9 centimètres, par M. Ch. H. PÉTER, interne des hôpitaux.

R., Eugénie, âgée de 35 ans, est entrée le 2 janvier 1874, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marguerite (service de M. PÉTER). C'est une femme de taille moyenne, paraissant bien constituée. Elle a accouché deux fois, à terme et sans accidents : la première fois, d'un enfant mort-né ; la seconde, d'une petite fille qui a maintenant 3 ans.

Elle entre à l'hôpital, le vendredi 2 janvier, vers quatre heures et demie du soir ; elle est pâle, très-faible, et peut à peine se traîner de sa chaise au lit de travail ; elle a perdu une quantité assez considérable de sang. La respiration est fréquente, entrecoupée, le pouls accéléré et faible ; de temps en temps quelques petites secousses de hoquet. Elle nous fournit les renseignements suivants : Parvenue au terme d'une troisième grossesse, elle a commencé à sentir les premières douleurs dans la nuit de mercredi à jeudi, et le travail a bien marché jusqu'à jeudi soir, 11 heures. A cette époque, il s'est arrêté brusquement, sous l'influence de l'émotion qu'elle éprouva en voyant la sage-femme qui l'assistait s'éloigner d'elle un instant, et d'un mouvement qu'elle fit pour la retenir ; l'enfant qui, dit-elle, était alors sur le point de sortir, remonta et cessa de pouvoir être senti par le toucher. Pas de

perte sanguine pendant la grossesse ni jusqu'au moment de l'arrêt du travail. On n'a pas administré d'argot de seigle à la malade, et on n'a fait aucune manœuvre autre que le toucher, pendant cette première période; cette après-midi seulement, la sage-femme aurait introduit la main à plusieurs reprises dans les parties génitales, pour essayer de terminer l'accouchement.

Le ventre est très-volumineux, globuleux, et assez fortement météorisé à sa partie supérieure, sans être cependant notablement tendu. A la palpation, on sent le fœtus placé transversalement; la tête paraît être dans la fosse iliaque gauche; au-dessus du niveau de l'ombilic, on trouve les membres du fœtus mobiles et très-superficiels, comme si la paroi abdominale seule le recouvrait.

Au toucher, je rencontre d'abord dans le vagin un débris de membrane, que j'attire au dehors, sans éprouver aucune résistance; ce débris est allongé, long d'une dizaine de centimètres, large de 2 à 3. Deux doigts portés aussi profondément que possible, ne peuvent atteindre aucune partie fœtale. A la partie antérieure et supérieure du vagin, on sent un rebord mince, mais qui paraît être la lèvre inférieure du col, et, un peu en arrière et au-dessous, une masse mollassse, lisse, mobile sous le doigt, que je prends pour le bord du placenta engagé dans l'orifice utérin. La dilatation du col est, sinon complète, du moins fort avancée, à en juger par l'étendue du segment inférieur que le doigt peut explorer. On n'entend pas les battements du cœur fœtal; d'ailleurs la sensibilité de l'abdomen ne permet pas d'insister sur leur recherche.

La malade accuse une vive douleur dans le ventre, particulièrement dans le flanc droit, et une sensation pénible de tension de la peau de l'abdomen. En présence de ces divers signes, je pensai qu'il s'agissait là d'une rupture de l'utérus, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale et placenta inséré sur le col ou procident dans sa cavité. Mes collègues Andral et Cadiat constatèrent les mêmes choses que moi et s'arrêtèrent au même diagnostic.

Nous fîmes prévenir aussitôt M. Guéniot, qui arriva près de la malade vers huit heures et demie. Il nous fit d'abord remarquer une légère incurvation des tibias à convexité externe, qui, jointe à ce renseignement, fourni par la malade, qu'elle n'avait marché qu'à l'âge de trois ans, devait faire penser à la possibilité d'un rétrécissement du bassin. Le toucher confirme en effet cette prévision, en faisant reconnaître une saillie un peu exagérée de l'angle sacro-vertébral. M. Guéniot ne peut non plus atteindre aucune partie fœtale; il ne trouve pas ce corps mou et lisse que nous supposions être le bord du pla-

centa. Quant à la situation superficielle du fœtus sous la paroi abdominale, il la considère comme résultant très-probablement de l'issue de celui-ci hors de l'utérus ; mais il nous fait observer que la sensation que nous donnait la palpation ne pouvait être interprétée d'une façon absolument sûre dans le sens d'une rupture utérine, certains utérus étant assez minces pour que le fœtus paraisse situé presque immédiatement sous la paroi abdominale. Il ne fit d'ailleurs qu'un examen sommaire, remettant le complément de son diagnostic au moment où il introduirait la main entière pour terminer l'accouchement.

Le poulx était petit et battait 140 à la minute; la face était pâle, les yeux un peu cernés, le nez légèrement refroidi, pas de vomissements, quelques secousses de hoquet de temps à autre. Sans se dissimuler le danger d'une intervention dans de pareilles circonstances, et l'éventualité d'une terminaison fatale, avant même la fin de l'opération, M. Guéniot pensa qu'il ne fallait pas, en restant inactif, priver cette malade d'une dernière chance de salut. En conséquence, il se décida à aller chercher l'enfant avec la main, et à tenter de l'extraire par les voies naturelles ; si cette manœuvre échouait, il ferait l'opération césarienne.

Tout étant préparé, et la malade étant endormie avec le chloroforme, M. Guéniot porta la main droite dans le vagin, et constata tout d'abord l'existence d'une déchirure à droite du col utérin. Le col était vide, la main, posée dans la déchirure, arrivait sur les parties fœtales encore recouvertes de membranes. Après quelques instants de recherches, un pied fut saisi et rapidement amené à la vulve ; c'était un pied droit déjà un peu macéré. Les tractions exercées sur le membre correspondant n'ayant réussi qu'à le dégager jusqu'au genou, un lacs fut jeté dessus, et la main introduite de nouveau à la recherche de l'autre pied. L'extraction de celui-ci fut un peu plus laborieuse. Le tronc fut ensuite dégagé jusqu'aux aisselles, par des tractions assez énergiques. Le cordon était brunâtre et flétri. Les bras, qui étaient redressés sur les côtés de la tête, furent successivement amenés au dehors, mais non sans d'assez grands efforts ; l'antérieur, qui était le bras gauche, fut de beaucoup le plus difficile, à cause de la position qu'il avait prise entre le pubis et la tête fœtale. Celle-ci offrit une résistance considérable à l'extraction ; il fallut, pour parvenir à la faire sortir, employer le crochet mousse, introduit dans la bouche du fœtus, et combiner les tractions exercées sur cet instrument avec d'autres exercées sur le tronc. L'enfant était un garçon bien conformé, paraissant à terme ; l'épiderme se détachait en larges lambeaux sur le

thorax et l'abdomen, ce qui indiquait une mort remontant déjà à plusieurs jours.

M. Guéniot alla ensuite chercher le placenta, dont l'extraction ne présenta pas de difficulté, et qui vint bien complet. Pendant toutes ces manœuvres, il s'écoula une quantité peu considérable d'eaux fortement teintées de sang. A aucun moment, M. Guéniot n'a senti sous sa main d'anses intestinales, de telle sorte qu'il se demandait si la perforation n'aboutissait pas dans l'intervalle des deux feuillets du ligament large, décollés pour loger le fœtus, qui se serait trouvé ainsi en dehors de la cavité péritonéale. A la fin de l'opération, il nous fit remarquer, en écartant les bords de l'orifice vulvaire, une petite masse noirâtre qu'il sentait dans le vagin, et qui lui parut être une portion du col déchiré.

La malade, qui avait supporté toutes ces manœuvres aussi bien qu'on pouvait l'espérer pour son état, fut laissée sur le lit où elle avait été opérée; le ventre fut recouvert d'alèzes chaudes, et l'on prescrivit pour la nuit quelques cuillerées de vin et de bouillon. La mort survint à 4 heures et demie du matin, sans qu'il y ait eu de vomissements ni de pertes de sang; la connaissance resta complète jusqu'au dernier moment.

AUTOPSIE, 4 janvier 1874. — L'abdomen est considérablement météorisé; des gaz s'échappent en sifflant dès que la paroi est incisée. L'estomac est énormément distendu; l'intestin l'est aussi, mais à un bien moindre degré. Les circonvolutions de l'intestin grêle, vivement injectées, présentent à leur surface de nombreuses fausses membranes, petites, jaunâtres et molles. Un épanchement fortement coloré par du sang existe dans les parties déclives. En plusieurs points, particulièrement du côté gauche, on trouve quelques caillots noirâtres peu volumineux entre les anses intestinales.

Le *col utérin* est complètement isolé de ses connexions vaginales sur toute sa partie antérieure, et le péritoine du cul-de-sac utéro-vésical est largement déchiré.

La déchirure, partie de l'extrémité droite de ce cul-de-sac, passe transversalement au-devant du col utérin, et remonte sur le feuillet antérieur du ligament large gauche, pour venir se terminer à deux travers de doigt au-dessous et un peu en dehors de l'insertion du ligament rond correspondant. La partie latérale gauche du col est déchirée verticalement, dans une hauteur de trois travers de doigt; la partie droite de la lèvre antérieure est amincie dans une partie de sa hauteur, au point qu'on voit le jour au travers. Cette disposition contribue, avec la déchirure du côté opposé, à lui donner une grande mobilité.

C'est évidemment cette lèvre antérieure que nous avons

prise pour un bord placentaire saillant dans le col, et que M. Guéniot nous avait fait remarquer à l'orifice du vagin après l'opération. Elle présente, dans presque toute sa largeur, une coloration brunâtre, nettement limitée en haut, surtout sur une coupe verticale, et s'étendant à toute son épaisseur. La déclivité de la partie droite de la rupture explique comment ce fut elle que rencontra tout d'abord la main de l'opérateur, et comment il se fait que la lésion du côté gauche ne fut pas reconnue d'une manière aussi précise.

Le feuillet postérieur du *ligament large* gauche est intact; son feuillet antérieur est seul intéressé par la déchirure. Le tissu de ce ligament, la portion correspondante du bord gauche de l'utérus, et le tissu cellulaire avoisinant sont déchiquetés, et présentent une infiltration sanguine assez considérable.

L'*utérus*, ferme et bien contracté, s'élève assez haut au-dessous du pubis, et remplit complètement l'excavation du petit bassin; sa cavité contient quelques petits caillots; l'insertion placentaire, recouverte d'une couche assez épaisse de caillots noirâtres, se voit à sa partie antéro-supérieure. Le tissu utérin paraît sain. Il existe seulement à la face postérieure de l'organe quelques petits corps fibreux superficiels, à peine saillants, du volume d'une lentille ou d'un pois. — L'*ovaire droit* présente un corps jaune d'un diamètre de près de 1 centimètre.

Le promontoire est manifestement plus saillant qu'à l'état normal; la distance qui sépare son point culminant de la partie postérieure et supérieure de la symphyse pubienne est de 9 centimètres, (toutes les parties molles étant enlevées).

RÉFLEXIONS. — En résumé, il s'agit ici d'une rupture de la partie supérieure du vagin et du col utérin dans toute sa hauteur, avec déchirure étendue du péritoine correspondant. Cette rupture paraît très-vraisemblablement s'être produite spontanément, au moment où la malade a fait un mouvement pour retenir la sage-femme.

En effet, tous les accidents observés (arrêt du travail, hémorrhagie, etc.) datent de cette époque, avant laquelle il n'avait été ni administré d'ergot de seigle, ni pratiqué aucune manœuvre susceptible de produire de semblables désordres. A défaut d'une altération du tissu utérin, nous trouvons une cause prédisposante dans le rétrécissement du bassin. Peut-être aussi l'altération de la lèvres antérieure du col, constatée après l'opération et à l'autopsie, et produite évidemment par la compression de cette lèvre entre la symphyse et la partie fœtale engagée, a-t-elle favorisé la déchirure des insertions supérieures du vagin.

M. GUÉNIOT. — Ce fait, indépendamment de la grande étendue de la rupture, est intéressant par les circonstances qui lui ont donné naissance. Il n'est pas douteux, en effet, que l'accident ne se soit produit spontanément, sous la seule influence de la difficulté du travail dans un bassin rétréci. Le rétrécissement pelvien n'avait pas été diagnostiqué dans ce cas, parce que la femme paraissait bien conformée et qu'on n'avait pas songé à la possibilité de cette malformation : mais il était facile de voir, à la simple inspection des jambes qui étaient arquées et courtes, que l'on avait affaire à une rachitique prédisposée par conséquent aux rétrécissements pelviens. Les ruptures qui surviennent dans ces conditions donnent lieu presque toujours à des manœuvres fort difficiles et très-graves pour la mère. Souvent la version ne réussit pas, et alors il faut recourir à la gastrotomie.

4. Polype de l'utérus à implantations multiples, par M. MARTIN, interne des hôpitaux.

S. Thérésia, 41 ans, est entrée le 3 mars 1873, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 13. (Service de M. Guyon). Cette malade n'a jamais été bien réglée ; elle a eu un enfant il y a douze ans, et à la suite de sa couche une péritonite qui dura environ trois mois. — Depuis lors ses règles sont très-abondantes et reviennent toutes les 3 semaines environ depuis 3 ans. Les pertes ont augmenté, la malade a tous les quinze jours de véritables métrorrhagies ; dans l'intervalle, écoulement de sérosité sanguinolente. Il y a trois ans aussi que la malade souffre du ventre et qu'elle sent qu'une grosseur se développe lentement dans l'abdomen surtout du côté droit. Depuis 4 mois difficultés considérables pour aller à la selle ; alternatives de constipation et de débâcles. La miction est difficile, il existe de l'incontinence d'urine surtout la nuit.

Depuis quinze jours elle a ressenti de très-vives douleurs suivies d'une perte abondante de caillots sanguins et d'une matière jaunâtre infecte. Il y a quatre jours, à la suite d'efforts prolongés, issue à la vulve d'une masse de la forme et de la consistance d'un polype gangrené à la surface ; à partir de cette époque ; frissons et fièvre le soir, perte d'appétit. Anémie très-marquée.

5 Mars. — La malade perd du sang et des lambeaux de tumeur sphacelés.

6 Mars. — Examen local, après chloroformisation, pratiqué par M. Guyon. La masse sphacelée, qui fait saillie à la vulve,

se continue avec les masses senties dans l'abdomen et adhère cependant sur la partie latérale gauche du vagin. On ne peut pas passer entre la tumeur et le col de l'utérus. On sent par le rectum que le vagin, l'utérus et l'excavation pelvienne sont remplis par la tumeur. En introduisant toute la main dans le vagin, on ne peut trouver la limite supérieure de cette masse, mais on constate une large implantation latérale gauche sur le vagin. A droite, on remonte le long de la tumeur sans arriver à aucune limite et sans pouvoir sentir le col. On enlève une petite partie de la masse noirâtre qui pend à la vulve. La sonde, introduite dans la vessie, indique que cet organe est refoulé contre le pubis.

7 *Mars.* — Douleurs vives dans l'abdomen. Cataplasmes laudanisés. La masse qui sortait par la vulve s'est détachée en partie. — 12 *Mars.* — La masse gangrenée est entièrement éliminée.

14 *Mars.* — Par le toucher vaginal on sent encore une masse remplissant tout le vagin.

En *avril*, — nouvelles hémorrhagies assez abondantes. En *mai, juin*, les hémorrhagies diminuent de fréquence et d'abondance. La malade quitte l'hôpital à la fin de juillet. En *septembre*, — nouvelles hémorrhagies, rétention d'urine et œdème des membres inférieurs. La malade rentre dans le service en octobre. Ces accidents disparaissent.

A la fin du mois, M. Guyon fait une nouvelle tentative infructueuse pour arriver jusqu'à l'implantation supérieure du polype.

30 *nov.* La malade passe dans le service de M. Potain; elle est assez bien pendant quelques jours, puis présente des douleurs expulsives suivies, le 20 décembre, de la sortie hors de la vulve d'un polype gros comme une tête de fœtus à terme.

21 *décembre.* Le polype commençant à se sphacéler à sa surface, on applique à 11 heures du matin la chaîne de l'écraseur Chassaignac, sur un pédicule gros comme l'avant-bras; ce pédicule est adhérent à la partie postérieure; toutes les 20 minutes l'anneau est serré d'un cran. La chaîne reste en place jusqu'au 22, à 2 heures du matin; à ce moment il se détache une portion de polype grosse comme une tête de fœtus à terme. Ce polype est fibreux et assez vasculaire et présente un certain nombre de vacuoles dans son intérieur. Écoulement puriforme par le pédicule de la tumeur présentant lui-même plusieurs vacuoles.

22 *déc.* Un peu de sensibilité du ventre; un frisson dans la journée.

23 *déc.* Frissons ce matin, nausées, pas de chaleur à la

peau, le pédicule est dans le vagin, en train de se mortifier. Écoulement d'une sérosité fétide.

24 *déc.* 420 pulsations, peau chaude, pas de nausées, ni de douleurs. — La langue est couverte de muguet.

25 *déc.* La malade a vomi trois fois; le muguet a disparu. — Eau de Seltz, glace, pot. Todd. — *Soir.* P. 120. Quelques douleurs dans le ventre pendant la journée; encore un vomissement. Écoulement par le vagin de matières infectes grisâtres.

26 *déc.* Frissons, ventre douloureux, cyanose des extrémités.

27 *déc.* Anémie excessive. On ne trouve qu'un million de globules rouges au lieu de 4 millions dans un millimètre cube de son sang. Cyanose des extrémités, le ventre est encore douloureux. La malade est très-affaissée. Elle meurt dans la journée.

AUTOPSIE le 29 *déc.* — Pas d'abcès métastatiques dans les viscères, pas de pus dans le petit bassin. — On observe à la surface de l'*utérus* deux corps fibreux sous-péritonéaux, présentant, l'un le volume d'une noix, l'autre celui d'une noisette; ils adhèrent près du fond de l'*utérus*, au corps de cet organe, par un pédicule large et court. Il existe en outre un corps fibreux interstitiel du volume d'une noix sur la paroi gauche fort épaissie de cet organe. L'*utérus* est plus que triplé de volume. En le fendant sur sa paroi antérieure on constate que ses parois sont fort épaissies. Le col utérin très-fortement dilaté se distingue à peine du vagin et fait sur cet organe une saillie très-peu marquée. — Les culs-de-sac vaginaux ont presque entièrement disparu par suite de la distension du col.

On constate la présence, dans la *cavité utéro-vaginale* d'une *tumeur* allongée, fusiforme, du volume d'une tête d'enfant, adhérent d'une part au moyen d'un pédicule large de 4 centimètres au moins au fond de la cavité utérine, et d'autre part sur le côté latéral gauche du vagin à 5 centimètres du col par une implantation encore plus volumineuse que la première; la muqueuse vaginale injectée se continue dans une certaine étendue sur cette deuxième implantation à la surface libre de la tumeur en avant et en bas. Le polype est mortifié sur une épaisseur de 3 centimètres environ, au point où a été placée la chaîne de l'écraseur. En pratiquant une coupe longitudinale de la tumeur, on constate qu'elle présente une consistance fibreuse, avec quelques points un peu ramollis. Elle est de plus sillonnée à sa partie centrale par de nombreuses veines longitudinales.

5. Fracture ancienne de la voûte du crâne. — Réunion osseuse et fibreuse ; stalactites. — Cancer encéphaloïde primitif du foie à marche excessivement rapide, par P. BUDIN, interne des hôpitaux.

Jean-Baptiste, 48 ans, né à Saint-Jean-de-Lay (Haute-Loire). Etant enfant, à l'âge de 4 ou 5 ans, cet homme reçut un violent coup de pied de cheval au niveau de la région frontale du côté droit, immédiatement au-dessous de l'arcade sourcilière. Il reste à ce niveau une cicatrice courbe, longue de 3 centimètres environ et un enfoncement de la paroi osseuse. Plus tard, en 1848, il reçut une balle qui lui traversa de part en part le sommet du poulmon droit. On voit encore au-dessous de la clavicule une cicatrice arrondie et déprimée qui représente l'orifice d'entrée du projectile. En arrière un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate existe une cicatrice cruciale due aux incisions pratiquées pour extraire la balle qui faisait saillie sous la peau en cet endroit. Pas d'antécédents syphilitiques. Cet homme qui était autrefois terrassier, et quelque peu buveur, travaillait depuis plusieurs mois dans les égouts de Paris ; il s'adonna alors davantage aux alcooliques et il raconte qu'il était presque constamment dans un état de demi-ivresse.

Le 8 décembre 1873, il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine et placé au n° 20 de la salle Saint-Etienne (service de M. le docteur GOMBAULT). Il se plaignait surtout d'éprouver depuis le 28 novembre précédent, c'est à-dire depuis dix jours, une douleur au niveau du creux épigastrique et du foie, douleur qui s'irradiait dans l'épaule du côté droit. Interrogé, il dit avoir éprouvé en 1866 une douleur analogue dans l'hypochondre droit, douleur qui disparut après l'application de 12 ventouses scarifiées. Plus tard il rendit par la bouche une certaine quantité de sang et cet accident se renouvela trois années de suite à la même époque. Lorsque le 28 novembre, il se sentit souffrant, il se présenta à l'hôpital Beaujon ; on lui fit appliquer 8 ventouses scarifiées sur le côté droit. Cette application le soulagea momentanément, mais il survint de la fièvre, de la dyspepsie, des troubles gastriques qui le décidèrent à demander son admission dans un autre hôpital.

En l'examinant, on trouve, au sommet du poulmon droit et en arrière, de la matité, une respiration soufflante et du retentissement de la voix. — Du côté de l'abdomen, la pression est douloureuse au niveau de l'épigastre et surtout au niveau de l'hypochondre droit. Il n'existe ni ictère, ni ascite, ni trace de circulation collatérale. On perçoit la matité du foie depuis 3

centimètres environ au-dessous du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes. Pas d'albumine dans les urines. Il existait au niveau de la base du cœur et au premier temps un léger bruit de souffle sous le sternum.

Loin de s'améliorer l'état du malade s'aggrava de jour en jour ; il s'amaigrit, la fièvre persista de plus en plus intense, de la dyspnée survint et dix jours environ après son entrée on sentait le bord libre du foie qui arrivait un peu au-dessous de l'ombilic. — Les douleurs persistèrent et devinrent très-violentes : on dut faire, matin et soir, des injections morphinées. Vers le 24 décembre, le foie descendait au-dessous de l'ombilic et constituait une énorme tumeur à surface très-lisse, non bosselée, à bord inférieur d'une régularité parfaite qui remplissait la cavité abdominale. Il n'était survenu ni vomissements ni ictère, mais à cette date apparaissait un œdème généralisé du membre inférieur gauche. L'état général alla en s'aggravant, de la diarrhée survint, et le malade succomba dans la nuit du 27 au 28 décembre.

AUTOPSIE pratiquée le 29 décembre. — Crâne. On trouve sur la face externe du frontal un enfoncement long de 5 centimèt. environ, mais c'est surtout à la face interne de cet os qu'on constate des particularités intéressantes. Il est altéré dans une étendue de 48 millimèt. — En allant d'avant en arrière, on trouve : *a*, une cicatrice fibreuse ayant 23 millimèt. de long et mesurant 9 millimèt. dans sa plus grande largeur ; — *b*, puis il existe un pont osseux ayant dix millimèt. de long ; — *c*, ensuite on trouve une seconde lamelle fibreuse de 9 millimèt. de longueur sur 4 millimèt. de largeur ; — *d*, enfin une portion osseuse de 6 millimèt. seulement de longueur. La cicatrice est donc à la fois osseuse et fibreuse. — Il existe en outre des stalactites osseuses : il semble que la paroi crânienne a été enfoncée et c'est sur le bord inférieur, fortement repoussé vers la cavité du crâne, qu'elles se sont développées. Ces stalactites, au niveau des lames fibreuses au-dessous desquelles elles siègent, mesurent jusqu'à onze millimèt. dans leur plus grande hauteur. Au niveau du pont osseux, elles ont à peine 3 mm. d'élévation. Ces stalactites adhéraient aux méninges et pénétraient des circonvolutions. Au pourtour la substance du cerveau avait son aspect normal ; le malade n'avait du reste présenté pendant la vie aucun trouble des fonctions cérébrales.

Poumons. — Au sommet du poumon droit, il existait des adhérences très-solides : la cicatrice cutanée était mobile et nullement reliée aux tissus sous-jacents (muscles, séreuses). En essayant d'extraire le poumon, il se déchira et on découvrit que le sommet de l'organe n'était plus représenté que par

un détritus grisâtre infiltré de sels calcaires. — Le reste des poumons était sain : congestion hypostatique dans les parties déclives.

Cœur. Rien dans le péricarde. Valvules auriculo-ventriculaires saines. — Épaississement d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte et plaque calcaire peu étendue, mais très-saillante à l'origine du vaisseau artériel.

Cavité abdominale. — Le foie est excessivement volumineux. Sa surface est lisse, régulière, présentant une teinte rouge parsemée de taches blanchâtres. — Il pèse 5 kilogr. 330 gr. Sa forme générale ne diffère en rien de celle du foie à l'état normal; il est seulement considérablement hypertrophié. Des coupes faites dans l'épaisseur de l'organe permettent de constater, suivant les points, des aspects différents qui sont : 1° Une teinte générale gris-blanchâtre accompagnant une consistance lardacée du tissu ; — 2° Des traînées jaunâtres qui représentent le tissu hépatique disséminé au milieu de la masse totale. Des noyaux arrondis plus ou moins volumineux, ramollis quoique non diffusés et de couleur violacée ; — 4° Dans certaines parties une accumulation de points noirs, hémorrhagiques de la grosseur d'une tête d'épingle. La *vésicule biliaire* était normale. — L'estomac, le duodénum, le pancréas, l'épiploon étaient sains. — Au devant de la colonne vertébrale, on trouve une masse ganglionnaire bosselée, du volume d'un œuf, paraissant de même nature. La *rate* avait un volume double de celui qu'elle présente normalement : il existait de petits infarctus sur les bords en 2 ou 3 points différents.

Le *rein droit* était augmenté de volume, congestionné : le *rein gauche* avait subi presque complètement la dégénérescence graisseuse : il n'était pas atrophié.

La *veine fémorale*, les *veines iliaques* externe, interne et primitives étaient volumineuses et complètement oblitérées par un caillot noir et peu adhérent, si ce n'est dans le voisinage de la réunion des deux veines iliaques primitives. Le canal de l'iliaque primitive droite était libre, mais la veine cave inférieure, à son origine, était à demi-oblitérée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde ou médullaire du foie. Sur des coupes traitées par le pinceau, on constate l'existence d'un siroma alvéolaire dont on a facilement chassé les éléments cellulaires. Dans l'épaisseur même des travées conjonctives existe un certain nombre de cellules, indices de l'active prolifération dont la tumeur était le siège.

6. Tumeurs gommeuses probables du foie et du cerveau,
par M. TROISIER, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'une malade de 25 à 30 ans, apportée dans un état voisin du coma à l'hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil. Les renseignements sont absolument défaut sur l'état antérieur de cette malade, mais elle présentait, au niveau du tibia, des périostoses suppurées qui firent penser à de la syphilis.

A l'autopsie, on trouva une tumeur empiétant sur la tige et le corps pituitaire, et faisant saillie dans le troisième ventricule. Les bandelettes optiques correspondantes étaient fort comprimées. Cette tumeur avait 3 centimètres de largeur. Son centre était jaunâtre et transformé en matière caséeuse : à la périphérie, la consistance du néoplasme était élastique, et sa couleur grisâtre. Les parois ventriculaires étaient fort ramollies, ainsi que le tissu encéphalique au voisinage de la tumeur.

Le foie, petit, sillonné de cicatrices profondes, contenait une quinzaine de noyaux jaunâtres, indurés, qui à la coupe montraient une partie centrale caséeuse, et à la périphérie un tissu homogène grisâtre, faisant bientôt place à une trame aréolaire d'*hépatite interstitielle*. M. Troisier considère ces productions comme des *gommés*, en attendant l'examen microscopique qui décidera en dernier ressort.

7. Sarcome fasciculé rétro-péritonéal, pris pendant la vie pour un myome de l'utérus. — Autopsie. — Tumeurs secondaires dans le foie et le poulmon, par M. PITRES, interne des hôpitaux.

Mlle R..., âgée de 53 ans, atteinte depuis 17 mois d'une tumeur du ventre, est entrée à la maison Dubois, dans le service de M. DEMARQUAY, le 31 octobre 1873. A son arrivée dans le service, on constate que le ventre est déformé, saillant à la partie inférieure. La palpation permet d'y reconnaître l'existence d'une tumeur volumineuse, non fluctuante, douloureuse à la pression, dure, irrégulièrement bosselée et de consistance uniforme dans toute son étendue. A gauche, cette tumeur s'élève de quelques centimètres seulement au-dessus du pubis ; à droite, elle occupe toute la fosse iliaque et s'étend jusqu'à la région du flanc : sa partie inférieure plonge dans la cavité pelvienne. Il est absolument impossible de lui communiquer aucun mouvement. La paroi abdominale glisse difficilement sur sa face antérieure, avec laquelle elle paraît

avoir contracté des adhérences. Le toucher vaginal est très-douloureux : Le vagin est aplati et repoussé contre le pubis par une masse néoplasique très-résistante, développée dans la cavité du bassin ; sa muqueuse elle-même paraît saine ; elle n'adhère pas à la tumeur. On arrive avec peine jusqu'au col de l'utérus, qui est petit, conique, avec un orifice circulaire. Il est impossible de lui imprimer des mouvements. Le toucher rectal n'a pas été pratiqué.

Les membres inférieurs sont œdématisés : la malade est amaigrie, très-anémiée, mais ne présente pas la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Elle n'a jamais eu de métrorrhagies : ses règles sont supprimées depuis plusieurs années.

Pendant son séjour à la maison Dubois, la malade se plaignait de difficultés presque insurmontables pour aller à la garde-robe. Quoiqu'elle prit très-souvent des lavements, elle était obligée de passer des heures entières sur la chaise et de prendre les positions les plus bizarres pour arriver à rendre de petites quantités de matières. Les digestions étaient très-pénibles. La miction s'accomplissait assez régulièrement.

Dans les derniers jours de décembre, tous ces symptômes prirent plus d'intensité : l'œdème des membres inférieurs acquit des proportions considérables, les difficultés pour aller à la garde-robe devinrent plus grandes, et la mort arriva le 30 décembre, sans avoir été précédée d'aucun accident aigu. Depuis le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, on avait porté le diagnostic : Tumeur fibreuse de l'utérus.

AUTOPSIE pratiquée le 31 décembre 1873. La paroi abdominale ayant été incisée sur la ligne médiane, on dissèque les nombreuses adhérences qui l'unissent aux parties sous-jacentes, et l'on arrive sur une *tumeur* volumineuse occupant toute la fosse iliaque droite, la partie inférieure de la fosse iliaque gauche, et enclavée en bas dans la cavité pelvienne. — Le colon ascendant passe en avant de cette tumeur dans une dépression creusée obliquement le long de sa face antérieure : les anses de l'intestin grêle sont repoussées vers la partie supérieure du ventre. Le cœcum occupe sa position normale. Le colon descendant et le rectum passent en arrière de la masse morbide. Des adhérences nombreuses et très-vasculaires unissent le colon ascendant et les anses de l'intestin grêle aux points correspondants de la tumeur, tandis qu'elle n'est unie au pubis, à la vessie et au rectum que par des *tractus cellulieux* très-lâches. En cherchant à enlever la tumeur en totalité, on constate qu'elle adhère solidement à la partie la plus saillante de l'angle sacro-vertébral et au corps de la dernière vertèbre lombaire ; mais il est facile de s'assurer

qu'elle n'a pas pris naissance en ce point, car les adhérences une fois rompues, on peut reconnaître un grand nombre de fibres du grand surtout ligamenteux antérieur, qui auraient certainement été repoussées ou détruites, si la tumeur était née dans les vertèbres ou dans les tissus fibreux des articulations vertébrales.

L'*utérus*, les *trompes*, les *ovaires*, les *ligaments larges* sont tout à fait indépendants de la tumeur. L'*utérus* est petit; il est repoussé en avant et logé dans une dépression creusée dans le point correspondant de la tumeur, où il est complètement immobilisé. Vers le fond de cet organe existe une petite saillie très-dure, du volume d'une noisette, présentant tous les caractères extérieurs d'un petit myome. Les ligaments larges sont sains; leurs surfaces péritonéales sont lisses et ne présentent aucune altération de structure: les ovaires et les trompes ont toutes les apparences de la plus parfaite intégrité. Après avoir constaté ces particularités, on enlève la tumeur, et l'on remarque alors qu'elle repose directement sur l'aponévrose intacte des muscles iliaques, et qu'elle repousse, en se développant, le feuillet péritonéal qui double à l'état normal le fascia iliaca, ainsi que tous les organes abdominaux ou pelviens, sauf le rectum, dont les rapports avec le péritoine expliquent suffisamment la fixité.

Le *foie* a son volume et sa configuration ordinaires. A la face inférieure du lobe droit, immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson, dans un point très-voisin de la tumeur principale, mais qui cependant n'était pas en contact avec elle, existe une petite tumeur hémisphérique du volume d'une noisette. Elle apparaît, à la surface de l'organe, sous la forme d'une tache grisâtre arrondie, de 2 centimètres de diamètre. On peut la séparer facilement du tissu hépatique dans lequel elle est plongée.

La *vesse* paraît saine. — Les *reins*, la *rale*, ne présentent aucune altération apparente. — Les *intestins*, l'*estomac* repoussés par la tumeur ont contracté avec elle de nombreuses adhérences. Le *mésentère* est rouge, vascularisé: on ne découvre pas de ganglions mésentériques volumineux. L'*épiploon* est petit, ratatiné. — Le *diaphragme* est parfaitement sain.

Dans le *poumon* gauche, à la partie inférieure du lobe supérieur, on découvre sous la plèvre viscérale une petite tache grisâtre de 1 centimètre de diamètre environ, qui correspond à une petite tumeur du volume d'un haricot, développée en ce point. — Le *cœur* ne présente pas d'altération. — Le *corveau* et la *moelle* n'ont pas été examinés.

RÉFLEXIONS. — En résumé, l'autopsie a révélé l'existence

d'une énorme tumeur, née selon toute probabilité dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et de deux petites tumeurs secondaires l'une à la surface du foie, l'autre à la surface du poumon, sans aucune relation anatomique apparente avec la tumeur principale.

L'examen histologique de ces tumeurs a été pratiqué au laboratoire d'histologie du Collège de France et contrôlé par M. RANVIER. — La tumeur principale est formée par la réunion de lobes et des lobules irréguliers, ce qui lui donne un aspect bosselé. A la coupe, on distingue un tissu d'apparence très-bigarré. Sur un fond d'un gris blanchâtre, légèrement translucide, existent de grandes travées d'un blanc opaque limitant des îlots de tissu rosé. Dans plusieurs points on voit des foyers hémorragiques interstitiels de différents âges, et quelques petites cavités kystiques contenant un liquide gélatiniforme.

Le raclage fournit une très-petite quantité de liquide rosé, translucide et légèrement visqueux dans lequel le microscope fait découvrir des cellules fusiformes, très-minces, possédant un gros noyau ovalaire saillant sur les côtés de la cellule et se colorant fortement par le carmin; de chacune des extrémités du noyau part un prolongement terminé en pointe, et non ramifié. On trouve plusieurs de ces cellules dont un prolongement est brisé auprès du noyau, ce qui leur donne vaguement l'apparence de cellules cylindriques: on trouve également un bon nombre de noyaux libres possédant tous les caractères des noyaux contenus dans les cellules.

Sur des coupes pratiquées après durcissement et colorées au picro-carminate, on constate que ces cellules sont groupées les unes à côté des autres de façon à former des faisceaux dirigés en différents sens, de telle sorte que sur une même préparation, on aperçoit les faisceaux coupés parallèlement à leur axe sous forme de tractus longitudinaux à noyaux allongés, tandis que ceux qui ont été coupés perpendiculairement à leur axe apparaissent sous forme d'îlots plus ou moins régulièrement arrondis, dans lesquels la coupe des noyaux plus fortement colorés par le carmin que la substance intercellulaire, se présente avec l'apparence de points rouges arrondis entourés d'une zone jaunâtre. Les petites tumeurs du foie et du poumon présentent exactement les mêmes caractères histologiques; elles appartiennent comme la tumeur principale au groupe des sarcomes fasciculés. (Tumeur fibro-plastique de Lebert.)

S. Maladie de Bright.—Dyspnée urémique.—Apoplexie pulmonaire. — Aphasie, hémiplegie faciale droite. — Hydro-pneumo-thorax. — Hort. — Lésion limitée à la 3^e circonvolution frontale gauche, etc. Par le Dr R. HERVAY, membre correspondant.

Le nommé Rambourg, âgé de 50 ans, cordonnier, entré le 13 novembre 1873, Salle St-Louis, 9, dans le service de M. POTAIN. — (Hôpital Necker). — Ce malade, au moment de son entrée, est en proie à une dyspnée extrême. Il tousse sans cesse, ne peut rester une minute dans la même position, et répond brièvement, par monosyllabes, aux questions qui lui sont faites.

On apprend ainsi qu'il est malade depuis trois semaines : oppression, douleur à la base de la poitrine en avant, points de côté variables de siège et d'intensité. Il souffre surtout à gauche et ne peut pas se coucher sur ce côté. — Il n'a jamais craché de sang. — En 1842 il a eu le flux de sang (?). Son habitation n'est pas humide, il ne s'est pas refroidi, et, au début de l'affection actuelle, il n'a pas éprouvé de douleurs de reins. Il n'a pas remarqué la couleur de ses urines au début. Il va difficilement à la selle. Hémorroïdes ; cependant il a eu une garde-robe hier. Les jambes sont enflées depuis deux jours. Depuis trente-six heures il urine à peine ; il a remarqué hier que ses urines étaient rouges. Elles contiennent une quantité très-notable d'albumine (chaleur, acide nitrique). Pouls à 108. Résonnance normale de la poitrine ; pas de râles, l'inspiration est silencieuse. Rien de particulier à l'expiration. On ne peut pratiquer l'auscultation du cœur, dont les bruits sourds ne peuvent être bien entendus. — Expectoration abondante.

14 novembre. Le malade est obligé encore de se tenir assis pour respirer ; mais l'orthopnée est moindre qu'hier soir : elle a diminué après une application de vingt ventouses sèches. Il a eu depuis trois semaines plusieurs accès semblables. Auparavant il était sujet aux migraines, migraines revenant deux fois la semaine, durant un jour, mais ne s'accompagnant pas de vomissement. Depuis qu'il est malade, les migraines n'ont pas paru. Il n'a jamais eu de troubles de la vue, il n'a jamais eu d'embonpoint, et le teint jaune de son visage n'existe que depuis peu de temps. Il avait bon appétit, sans boulimie, ni polydypsie. Dans sa famille, il ne connaît personne qui soit malade. Il n'a pas d'habitudes alcooliques. On ne trouve pas de râles en avant de la poitrine, l'inspiration est sèche, l'expiration un peu rude. En arrière, il y a de l'obscurité du son, aux deux bases ; l'expiration est prolongée, aux deux bases,

le murmure vésiculaire est faible et on entend une crépitation inégale et humide. (Congestion pulmonaire).

P. 96. La partie découverte du cœur est très-petite, (3 centimètres carrés), matité réelle, 14 centimètres le long du bord droit; la base mesure 10 cent. 1½. Les bruits du cœur, affaiblis par la présence du poumon en avant de lui, sont normaux. Le ventre est sensible; le foie, volumineux, mesure 17 cent., ligne du mamelon; 15 cent. ligne médiane. Le malade ne va pas à la selle; nausées après la toux. P. uva ursi; Eau de vie allemande, 10 gr.; vingt vent. sèches, bouillons.

Soir. Il a été assez calme aujourd'hui; ce soir, il est repris d'oppression, ne sait comment se placer. Il a eu tant de difficulté à respirer qu'il n'a pas pu manger. P. 104.

15 nov. L'oppression a duré toute la nuit; il a uriné davantage cette nuit et se trouve un peu mieux. P. répéter l'Eau-de-vie allemande. — *Soir.* 104 puls. Il a vomi après le purgatif, mais il a eu des évacuations nombreuses et est moins oppressé. Il a uriné cinq ou six fois. Il se plaint de chaleur et de soif. Cependant la chaleur de la peau est normale.

16 nov. *Soir.* Il n'a pas eu de selles aujourd'hui. Renvois gazeux. Coliques. L'oppression paraît assez intense. P. 80.

17 nov. *Soir.* P. 108. Il ne tousse pas. Il est encore oppressé parce qu'il n'a pas eu de selle aujourd'hui. Agitation. L'estomac est distendu par des gaz. On donne un lavement purgatif comme hier au soir.

18 nov. *Soir.* Un lavement purgatif, administré dans la journée, a provoqué une selle; il est peu oppressé. 92 puls. L'œdème des membres inférieurs est considérable. — *Soir.* L'œdème augmente; l'oppression est plus forte que les jours précédents. L'estomac est distendu par des gaz. Le malade est allé à la selle.

21 nov. Deux selles cette nuit; l'oppression a diminué.

22 nov. Etat satisfaisant; pas de toux, ni d'oppression.

24 nov. Matité au quart inférieur du côté droit; à ce niveau, silence absolu de la respiration; aux limites de la matité, gros râles humides pendant l'inspiration. — *Soir.* Crachats un peu colorés par du sang; sueurs abondantes par moments. Point de côté persistant à droite.

25 nov. Le périmètre gauche de la poitrine est de 41 cent.; celui du côté droit mesure 43 cent. Crachats rouillés. A la base droite, absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, quelques râles crépitants. Point de côté à droite. 6 ventouses scarifiées.

26 nov. Crachats hémoptoïques. Le point de côté a diminué. Egophonie peu nette à la base droite; quelques râles à la limite supérieure de la matité. Pas de frissons. Transpira-

tion abondante cette nuit. Bruit de galop assez prononcé. Le scrotum est oedématisé ; les urines ont été rendues en petite quantité. Selles régulières. — *Soir.* Quelques crachats sanguinolents.

27 nov. Il a été très-oppressé cette nuit ; crachats rouge-brun. Il n'a pas été à la selle. P. J. 2 gr. bromure de potassium. Scammonée et Calomel à 50 centigr.). — *Soir.* Crachats d'apoplexie pulmonaire.

29 nov. Les jambes, le scrotum et la face sont oedématisés. Oppression. Il ne peut rester couché. Les crachats sont moins rutilants. Deux selles hier. Il urine très-peu.

30 nov. Crachats visqueux à peine colorés. Pouls calme et régulier. Le malade a pu manger un peu. Pas d'oppression.

1^{er} décembre. Urines très-peu abondantes. — *Soir.* Il se plaint d'avoir eu un peu froid. Douleur au côté droit. 96 pul. Peu de gêne de la respiration.

2 déc. Ce matin, à quatre heures, le malade a cessé subitement de parler. Pas de douleur de tête. Le pli naso-labial du côté droit est effacé : quand il rit la bouche est tirée du côté gauche. Il peut fermer l'œil gauche isolément ; il ne peut pas fermer l'œil droit seul. Au dynamomètre il mesure main droite 11 ; main gauche, 12. Il écrit qu'il est ambidextre. En l'excitant un peu on lui fait proférer des sons ; on lui fait écrire son nom, quelques autres renseignements ; quelques lettres sont manquées. Enfin en lui disant les syllabes de son nom, une à une, il dit à peu près Ram-burg. Pas d'hémiplégie du côté droit, excepté à la face.

Soir. Il serre toujours aussi bien de la main droite que de la main gauche ; il remue bien sa jambe droite. Pas de douleur de tête. Il a uriné assez abondamment, pas d'évacuation à la suite du purgatif.

3 déc. Crachats visqueux, à peine colorés. Il n'a pas mal à la tête, le visage est un peu moins animé qu'hier. Aphasie persistante, hémiplégie faciale droite sans paralysie du bras ni de la jambe de ce côté. Le sillon naso-labial droit est plus effacé, la joue se soulève quand il souffle. La langue se dévie à droite. Il semble que le côté droit de la face soit plus froid que le côté gauche. P. 100. Urine 1½ litre. Potion : teinture alcoolique de digitale, 20 gouttes. — Calomel et Scammonée.

4 déc. Le malade a uriné davantage, un litre environ. Il ne souffre pas de la tête. Il n'a pas dormi et est toujours oppressé. P. 108. Matité jusqu'en haut de la poitrine à droite. Percussion douloureuse au sommet. Silence absolu de la respiration. Quelques gros râles sont transmis à l'oreille. Matité jusque sous la clavicule droite ; le cœur est refoulé vers le côté gauche. La pointe bat dans le sixième espace intercostal

(1). Vers la fin de l'opération, de l'air sort par le tube aspirateur. L'aiguille est retirée et l'on constate tous les signes d'un pneumothorax du côté droit; absence du murmure vésiculaire, tintement métallique, succussion, sonorité exagérée. Le malade se trouve soulagé. Il n'a pas toussé pendant l'opération.

Capacité respiratoire avant la ponction	10 l/2.
— après —	11 l/2.
(Anapnographie de Bergeon).	

Le liquide extrait ressemble à de l'urine d'albuminurie aiguë, couleur brunâtre.

Soir. Le malade a éprouvé de l'oppression une heure après la ponction. Il a bien uriné, pas de selles. R. 36. Sonorité tympanique en avant dans toute la hauteur du côté droit; absence du murmure vésiculaire. Il n'a pas mangé aujourd'hui.

5 *déc.* P. 108. Son tympanique à la base droite. Souffle amphorique vers l'angle des côtes. Tintement métallique, matité dans le 1/3 inférieur. La sonorité tympanique commence à diminuer vers la pointe de l'omoplate; à ce niveau la sonorité est seulement exagérée. Nulle part on n'entend la respiration, exc pté vers l'angle des côtes et en avant où on entend du souffle amphorique. R. 36.

Soir. P. 108. R. 32. Mêmes signes à la percussion et à l'auscultation. Le malade marmotte quelques mots inintelligibles.

6 *déc.* Il répond nettement: « un peu. » 36 resp. Rhoncus lointains. Vestiges de souffle amphorique. Bruit de succussion. Quand le malade est assis le souffle amphorique et le tintement disparaissent; dans cette position, matité à partir de la quatrième côte en avant. Le souffle amphorique et le tintement reparaissent dès que le malade est dans le décubitus dorsal. Diagnostic: *perforation du poumon* en avant, à la partie inférieure du poumon.

Soir. Il dit quelques mots: « mal partout. » Gêne de la respiration. Constipation depuis deux jours. Urines peu abondantes, il boit très-peu. Le niveau du liquide s'élève, il suffit d'asseoir à moitié le malade pour faire disparaître le souffle amphorique et le tintement métallique. P. 104; R. 36; T. A. 38°.

7 *déc.* Crachats purulents, urine en très-petite quantité; il ne peut plus dire aucune monosyllabe, comme hier. T. A. 36°, 4. — *Soir.* P. 84; R. 68; T. A. 35°, 2. Râle laryngo-trachéal, extrémités froides, mort dix minutes après.

(1) Analyse du liquide de la thoracentèse faite le 4 décembre par M. Méhu. Densité 1,015 à température 15°. Résidu sec par kilogramme de liquide 46 gr. 96 dont matières minérales anhydres 8 gr. 85.

AUTOPSIE. — Le 1^{er} inférieur de la cavité pleurale du côté droit est rempli d'un liquide semblable à celui qui a été extrait par la thoracentèse, couleur brun assez foncé. — Le *poumon* est insufflé en place et sous l'eau : on ne voit pas se dégager de bulles ; d'ailleurs le poumon se dilate mal pendant l'insufflation. Des adhérences nombreuses retiennent le poumon en arrière et sur le côté, vers sa partie moyenne. Le poumon étant enlevé on constate, outre un état d'affaissement presque général du tissu de l'organe, deux *infarctus*, arrivés à une période différente de ramollissement. L'un siège à la partie postérieure du lobe supérieur ; c'est une véritable caverne d'une forme pyramidale, à base dirigée vers la plèvre qui est, en ce point, tapissée de fausses membranes épaisses. Le second siège dans le lobe moyen : sa base se trouve sur la languette du bord inférieur du lobe moyen : vers la partie moyenne de ce bord, qui forme la partie inférieure du poumon en avant, se trouve une perforation ; il n'y a pas de fausses membranes à ce niveau, ni sur les parties voisines. — Une incision est faite sur la perforation et l'on constate un infarctus pulmonaire, d'aspect jaunâtre, dont les parties correspondantes à la perforation sont ramollies et sont entraînées par un filet d'eau. — Dans le *poumon gauche*, sain, on a trouvé un tubercule gros comme un grain de chénevis, crétaé. Les *ganglions* bronchiques sont augmentés de volume ; quelques-uns offrent, sur la coupe, des points caséeux : tous offrent une teinte noirâtre très prononcée.

Cœur. L'oreillette gauche est modérément spacieuse : remplie de caillots noirs et mous. L'oreillette droite est dilatée, large ; elle renferme des caillots anciens, assez adhérents. — L'orifice auriculo-ventriculaire droit est dilaté : il mesure 12 centimèt. ; les valves de la valvule tricuspide ont les dimensions suivantes : latérale droite 23 millimèt., — gauche 18 millimèt., — médiane 24 millimèt. Les parois du ventricule droit ont douze millimèt. d'épaisseur. — L'orifice aortique mesure 75 millimèt. : les valvules sigmoïdes sont suffisantes, l'orifice normal. — L'orifice mitral est un peu plus large qu'à l'état normal, dix centimèt. : les parois du ventricule gauche sont épaisses, (cœur d'atrophie rénale). Elles mesurent dix-huit millimèt. Les valves de la valvule mitrale sont un peu épaissies vers leur bord libre : la valve postérieure a 23 millimèt. et l'antérieure quinze millimèt.

Les *reins* sont atrophiés : le gauche mesure dix centimèt. et le droit 9 centimèt. de haut en bas. — La capsule est adhérente, et entraîne avec elle le tissu de la substance corticale : la surface de celle-ci est inégale, un peu granuleuse.

La substance corticale a une coloration gris-jaunâtre : en

plusieurs points, elle a presque disparu à la base de quelques pyramides. Le *foie* est congestionné, d'une consistance ferme : aspect muscade. La rate ne présente rien de particulier. L'*aorte* mesure 4 centimèt. au-dessus des coronaires; 36 millimèt. au-dessus des rénales; 39 millimèt. au niveau de la bifurcation. — Les rénales mesurent : la gauche dix-neuf millimèt. et la droite quinze millimèt.

Le *cerveau* a une consistance ferme. En enlevant la pie-mère on remarque qu'elle entraîne la substance du cerveau, ramollie au niveau de la portion frontale du côté gauche. — Le point ramolli est très circonscrit : il a une étendue de 3 centimètres et demi, et n'a pas un centimèt. de profondeur. Il comprend toute l'épaisseur de la substance grise sans pénétrer dans la substance blanche. Ce foyer, limité et parsemé de petits points d'hémorrhagie capillaire, siège sur le bord antérieur du sillon de Rolando, dans le point où se détache la troisième circonvolution frontale gauche. La substance grise, recueillie en ce point, présente de nombreux corps granuleux. — Il existe un autre point ramolli sur la *troisième circonvolution* dans le point où, après avoir décrit une inflexion à concavité supérieure, elle s'est relevée et va se recourber en formant une convexité supérieure. — Ce point ramolli a les dimensions d'une pièce de 20 centimes en argent. Il présente peu d'hémorrhagies capillaires et n'est pas limité à la substance grise ; au-dessous, la substance blanche présente très manifestement l'état criblé, qui est rendu plus évident en y projetant un filet d'eau. — Au voisinage de ce petit foyer existait une petite hémorrhagie capillaire dans une gaine, du volume d'un grain de millet.

Le ventricule latéral gauche et le corps strié ne présentent rien de particulier. La couche optique renferme quelques vaisseaux un peu plus dilatés que de coutume. La teinte grise du calamus paraît plus foncée : les vaisseaux y sont congestionnés : il en est de même sur les coupes transversales du bulbe et de la protubérance. Aucun de ces points ne présente de ramollissement.

Les *artères* de la base et des méninges ont été examinées avec soin. — Nulle part on n'a trouvé de caillots emboliques, ni de thromboses. Un seul point athéromateux a été constaté au niveau de la première bifurcation de l'artère sylvienne du côté gauche ; pas de diminution de calibre du vaisseau en ce point.

Séance du 16 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Hémorrhagie de la protubérance annulaire. — Hémiplegie droite avec paralysie partielle du facial à gauche (orbitulaire), par HENRIET, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 68 ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine (Service de M. BLACHEZ), dans la nuit du 28 au 29 décembre. — On l'avait trouvé étendu dans sa chambre, sans connaissance. Ce matin, 29 déc., cet homme est dans un état comateux presque complet, dont il est possible néanmoins de le tirer par de fortes excitations. — Sa face n'est pas déviée, il bégaye quelques mots incohérents; il n'y a pas non plus de déviation de la langue, qu'il peut tirer hors de la bouche, ni de paralysie du voile du palais.

Quand on soulève les membres droits, ils retombent flasques. Les membres gauches ne présentent qu'un affaiblissement en rapport avec l'état général du malade. Enfin, on remarque que, si on lui ordonne de fermer les yeux, il ne peut accomplir cet acte que de l'œil *droit*; l'œil gauche reste aux trois quarts ouvert. Les pupilles d'ailleurs paraissent normales, et les muscles de la face ne semblent point paralysés. Le soir même, une seconde attaque d'apoplexie, survenue sans préludes, paralysa les membres gauches; le malade mourut dans la nuit.

AUTOPSIE faite le 31 décembre. — La *protubérance*, sur une coupe antéro-postérieure, apparaît creusée d'une cavité anfractueuse, occupant à peu près son centre, s'étendant jusqu'à 3 mm. environ de la face inférieure de la protubérance et en arrière jusqu'à 2 mm. au plus du plancher du 4^e ventricule. Cette cavité peut être divisée en 2 parties: l'une, occupant la portion gauche de la protubérance, paraissant de date un peu plus ancienne, et ayant probablement coïncidé avec la 1^{re} attaque; l'autre, située à gauche, encore remplie par un coagulum, du volume d'un gros pois, bien isolable, et appendu à un petit filament d'apparence vasculaire. En suivant ce filament, on voit très-nettement qu'il traverse la paroi protubérantielle qui limite inférieurement le foyer, et aboutit au tronc basilaire. — Il semble appartenir à ces vaisseaux décrits par M. Duret comme vaisseaux médians protubérantiels. — L'examen microscopique du vaisseau au milieu du

caillot, n'y a fait découvrir aucune trace d'anévrysme miliaire.

M. CHARCOT. Il sera bon de dissocier avec soin ce caillot dans de la glycérine pour voir quelle est la lésion de l'artère. Gull a cité un cas analogue dans lequel il y avait un anévrysme miliaire. M. Cruveilhier, dans son Atlas, a fait figurer des hémorrhagies protubérantielles du même genre : il existe même une planche qui représente un foyer ocreux s'ouvrant dans le 4^e ventricule, preuve que la guérison de ces épanchements est parfois possible.

M. CARVILLE. Un des points saillants de cette observation est l'existence d'une lésion isolée de l'orbiculaire. De récentes expériences m'ont appris que certaines lésions de corps strié peuvent atteindre l'orbiculaire, malgré ce que nous apprennent l'observation et la pratique journalière des malades. En injectant à un chien, par le procédé de M. Fournié, quelques grains de poussière d'iode dans le corps strié, on voit se produire en quelques heures, d'abord des spasmes répétés de l'orbiculaire du côté opposé, puis des convulsions dans les pattes antérieures de l'animal, ensuite dans les pattes postérieures, jusqu'à ce qu'il tombe dans la résolution. — On constate alors que son corps strié a été complètement détruit.

M. CHARCOT. Cette expérience intéressante n'est pas, pour le cas actuel, absolument démonstrative. On arrive bien, en effet, par une lésion du corps strié, à produire une excitation dans la sphère de l'orbiculaire, mais on ne peut déterminer la paralysie limitée de ce muscle. On n'est donc pas en droit de dire qu'il y a là un centre nerveux d'où relève l'orbiculaire palpébral.

M. CARVILLE. Je ne me crois pas non plus autorisé à formuler une conclusion pareille : seulement j'ai voulu mettre en lumière un fait nouveau, et qui peut servir à l'interprétation d'autres phénomènes physiologiques. MM. Hitzig et Ferrier signalent toujours des mouvements des paupières chez les animaux, à la suite de l'excitation de ce qu'ils appellent les centres périphériques du cerveau. Or, notre expérience prouve manifestement que le corps strié est le centre d'où émanent ces mouvements convulsifs, car en enfonçant le trocart à travers les circonvolutions, le chien ne manifeste aucune douleur, non plus qu'en pénétrant dans la substance blanche :

au contraire, le corps strié vient-il à être touché, les mouvements spasmodiques des paupières commencent.

M. CHARCOT. Ceci démontre une chose, c'est que l'excitation du corps strié peut amener des phénomènes épileptiformes limités ou généralisés. Or, d'après les physiologistes, on peut arriver à un résultat analogue en irritant la dure-mère. On ne peut pas en conclure que le corps strié soit le centre auto-moteur des paupières.

M. CARVILLE. J'accepte cette conclusion, tout en faisant remarquer que pour ce qui concerne la sensibilité de la dure-mère à l'état normal, elle a été bien exagérée. Les animaux ne donnent jamais de signes de douleur lorsqu'on agit sur cette membrane.

10. Hémorrhagie de la protubérance, par M. PINARD.

Cette pièce a été recueillie sur la cadavre d'un homme de 52 ans, mort à l'hôpital Lariboisière (service de M. WOILLEZ). Ce malade fut apporté quelques instants après l'attaque apoplectique; il était dans le coma le plus absolu : le pouls était plein, à 80, la température basse (36°,5). La respiration était lente, suspireuse et saccadée : les pupilles très-dilatées, sans strabisme. D'après les renseignements recueillis sur le malade, il n'était ni alcoolique, ni rhumatisant, et il n'avait point éprouvé de prodromes de congestion cérébrale. La mort survint 3 heures après le début des accidents.

On trouva à l'autopsie une hémorrhagie considérable de la protubérance. Le foyer sanguin occupait la partie antérieure du pont de Varole : il avait fait irruption dans le 3^e ventricule, et la protubérance avait été sectionnée transversalement au niveau de l'émergence des pédoncules cérébraux. Le 4^e ventricule ne contenait point de sang. — Les artères de la base de l'encéphale étaient fort athéromateuses ; mais on n'a point constaté la présence d'anévrysmes milliaires.

M. CHARCOT. Je crois que dans cette observation la dilatation des pupilles est un fait anormal ; car on voit qu'en Angleterre la question du diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie de la protubérance et l'empoisonnement par l'opium se pose fréquemment, précisément à cause des signes du coma et de la constriction pupillaire.

11. Carcinome primitif du foie, formant une masse unique, recouverte uniformément par le parenchyme hépatique; par FOURESTIÉ, interne des hôpitaux.

Ce malade est entré dans le service à une période déjà très-avancée de sa maladie. Voici les renseignements qui nous ont été fournis par ses enfants. Il est âgé de 53 ans. Depuis 18 ou 20 ans il était très-sujet à la diarrhée qui, à plusieurs reprises, a occasionné près de 40 garde robes par jour. Interrogé sur les habitudes alcooliques de son père, le fils nous a répondu que, durant son séjour en Alsace, il buvait beaucoup de vin blanc.

Vers le 10 ou 15 septembre dernier, il s'aperçut que ses jambes commençaient à gonfler autour des malléoles; depuis ce moment, l'œdème a gagné peu-à-peu les cuisses, et l'abdomen s'est distendu d'un épanchement considérable de liquide dans la cavité péritonéale mais il paraît certain que l'œdème des membres inférieurs a précédé l'ascite. Il n'a jamais eu d'ictère, jamais de douleur dans la région hépatique, jamais d'hémorrhagie d'aucune espèce.

A son entrée dans le service, le malade était déjà dans un état cachectique très-avancé; le scrotum et les membres inférieurs étaient œdématisés; la paroi abdominale, distendue par une quantité considérable de liquide, présentait sur sa moitié droite une circulation superficielle complémentaire très-développée, se dirigeant du pli de l'aîne vers l'hypochondre droit.

A ce moment il était impossible d'examiner l'état du foie; cependant on pensa qu'on avait affaire à une cirrhose de cet organe. Après une 1^{re} ponction, qui donna issue à plus de 20 litres de liquide, on put constater que le foie ne dépassait pas le rebord de fausses côtes et ne remontait pas plus haut qu'à l'état normal. — Après cette exploration du foie rapprochée des antécédents alcooliques du malade et de l'absence de douleur dans le côté droit, M. Féréol crut devoir persister dans son diagnostic de cirrhose du foie. On fit une 2^e ponction et le malade mourut quelques jours après.

AUTOPSIE. — L'aspect extérieur du *foie* ne révèle en rien les altérations que l'on y rencontre. Il a sa couleur normale, peut-être un peu plus pâle que de coutume; sa surface ne présente ni bosselures, ni induration; elle est lisse et régulièrement arrondie. L'augmentation de volume porte uniquement sur le diamètre antéro-postérieur de la glande. Mais vient-on à faire une coupe de l'organe, l'aspect est bien différent. Toute la masse centrale du foie, en partant du hile de cet organe, est convertie en une matière encéphaloïde blanchâtre, pulpeuse,

sans foyer hémorrhagique, mais avec des îlots de dégénérescence caséuse. Cette altération se prolonge dans toute l'étendue du foie, jusqu'au milieu du lobe gauche. — A la périphérie de ce tissu encéphaloïde se voit une zone d'épaisseur variable, formée par un tissu blanc, dur, lardacé, demi-transparent, pénétré par de fines arborisations vasculaires. — Par ses parties profondes, il se confond insensiblement avec les points ramollis d'apparence encéphaloïde, tandis que vers la périphérie de l'organe il se délimite nettement et n'envoie aucun prolongement dans les tissus adjacents. Toute cette masse est, en effet, recouverte par une coque mince de tissu hépatique, qui, en certains points, n'a pas plus de 2 centimètres d'épaisseur.

Dans toutes les parties envahies par la dégénérescence, il est presque impossible de reconnaître la trace d'aucun organe. Ainsi, on ne retrouve plus la veine porte, ni les canaux biliaires, tous ces vaisseaux ont été englobés dans le cancer. La veine cave est également tout-à-fait oblitérée par un caillot ancien, fibrineux. — La *rate* est très volumineuse, plus dure qu'à l'état normal. — Tous les autres viscères sont sains, et il n'existe de traces de cancer nulle part ailleurs que dans le foie.

12. Calculs de la vessie, pyélo-néphrite consécutive, par
M. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.

Félix D..., âgé de 62 ans, maréchal-ferrant, entre à la Maison de santé le 1^{er} janvier (service de M. DEMARQUAY), pour une affection des voies urinaires. Comme antécédents, son père est mort d'une affection calculieuse; un de ses enfants a été taillé, à l'âge de 5 ans, par Nélaton.

Les premiers symptômes de rétention d'urine remontent chez lui à un an: à plusieurs reprises, il a rendu de petits graviers, en nombre assez considérable, que l'on a reconnus formés de phosphates ammoniaco-magnésiens. Depuis cette période il a toujours eu les urines épaisses et troubles; et la miction s'accompagne de pesanteur périnéale, et de picotement du côté du gland.

Au moment de son entrée à l'hôpital, ce malade est assez cachectique et offre l'apparence d'un individu atteint d'une affection organique. Toutefois il est sans fièvre et ne se plaint que de troubles urinaires. Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde droite d'Amussat, fait reconnaître, dès l'entrée de la vessie, la présence d'un calcul dur, assez lisse, sur lequel frotte le bec de la sonde: en percutant on obtient un son clair.

Au point de vue des troubles fonctionnels, ce calcul amène une rétention d'urine d'un caractère tout spécial. Effectivement elle cesse quand il est couché, mais redevient complète dès qu'il est debout. Dans le décubitus dorsal, il s'y joint un peu d'incontinence. L'urine ainsi rendue est trouble, fortement ammoniacale.

En raison de l'état de la vessie et probablement de celui des reins, M. Demarquay hésite à lui pratiquer la taille. Au bout de quelques jours, en effet, l'état du malade empire : l'incontinence d'urine, avec toutes ses conséquences, devient permanente, les forces déclinent, la langue sèche, la fièvre s'allume et le malade tombe dans l'état adynamique qui termine toutes les affections de l'appareil génito-urinaire. La mort survient le 9 janvier, huit jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, adhérences généralisées de toute la masse intestinale, des intestins entre eux et avec les parois abdominales. Nulle part on ne trouve de pus.

La *vessie* est peu volumineuse, revenue sur elle-même. En coupant l'urètre en avant de la prostate, il en sort un flot d'urine d'un jaune verdâtre. En palpant la vessie, on sent parfaitement qu'elle contient plusieurs calculs qui remplissent presque complètement sa cavité et donnent la sensation d'un sac de noix.

Les *reins* sont entourés d'une couche grasseuse épaisse, les capsules surrénales leur adhèrent intimement et ne présentent pas d'altérations remarquables. Les deux colons adhèrent aux reins par leur face antérieure.

Le *rein droit* dépasse de beaucoup les dimensions normales, (diamètres vertical 13 cent., transv. 15), le bassinet est dilaté, ainsi que l'uretère qui en part. La capsule rénale est épaisse, comme gélatineuse, s'enlevant par lambeaux, entraînant par place des parties de la substance corticale du rein. A la coupe, dilatation des calices, substance corticale dégénérée, d'une teinte grisâtre. En quelques points se voient de légères traces d'une inflammation aiguë, récente, se traduisant par de la rougeur du tissu qui tranche sur l'aspect gris du reste. La substance médullaire est aussi complètement dégénérée. Une préparation placée sous le microscope nous fait voir dans la substance une masse de corpuscules gras.

Rein gauche plus volumineux que le droit (diam. vert. 15 c., transv. 8, 5). Dilatation du bassinet et de l'uretère; adhérence de la capsule épaissie et gélatineuse; à la coupe, dilatation des calices, rougeur du tissu rénal, surtout de la substance corticale. Le reste présente le même aspect gras que la

substance corticale du rein droit, ainsi que la substance médullaire. Il semble y avoir eu là un processus aigu plus notable que de l'autre côté.

On ne trouve dans aucun des reins, ni dans les urétéres, qui ont le diamètre d'un petit doigt, de calculs ni de graviers.

La *prostate* est volumineuse comme celle des vieillards; elle ne présente d'ailleurs aucune trace d'inflammation. La vessie est grosse comme le poing; on l'ouvre par l'orifice d'un des urétéres qui est très-dilaté, comme une pièce de 50 centimes à peu près, ses parois sont épaissies. La muqueuse est gris-verdâtre, un peu fongueuse par places, elle est complètement appliquée sur les calculs qui sont au nombre de 3, dont 2 plus volumineux et 1 plus petit. Ces calculs sont lisses quoique anguleux au toucher, de couleur blanc-grisâtre, assez réguliers comme forme.

Le plus petit aplati en galet ressemble à un haricot, il est engagé dans le col de la vessie jusqu'à l'orifice de l'urètre, il présente comme diamètre vertical 3 cent., transversal 2 c. 4. Un second calcul beaucoup plus volumineux que le précédent, d'une forme à peu près cuboïde, est engagé par un de ses bouts dans l'orifice de l'urètre gauche dilaté et présentant un diamètre de 1 centimètre à peu près. Il présente comme dimension, diamètres vertical et transversal 3,5; épaisseur 2,5.

Un troisième calcul, cunéiforme, est situé en arrière et en haut, en dedans de l'orifice de l'urètre droit, il touche le précédent par sa face gauche et en porte l'empreinte; l'orifice de l'urètre droit n'est pas dilaté comme celui de gauche, il est très-petit et fermé comme par un petit repli muqueux. (Dimensions vert. 3 c. 3; transv. 3; épaisseur 2 c. 7)

Rien de notable dans les autres organes.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est d'abord :

1° La manière insidieuse et obscure dont s'est manifestée l'altération organique des reins qu'il était difficile de soupçonner, surtout à un si haut degré;

2° La rapidité avec laquelle l'affection s'est terminée par la mort sans convulsion, ni délire, mais au milieu d'un état typhoïde très-prononcé;

3° Enfin, la situation toute spéciale de deux des calculs; l'un à l'orifice uréthral, qui dans les diverses positions du malade se déplaçait et empêchait ou permettait la sortie de l'urine, l'autre à l'orifice de l'urètre gauche qu'il avait dilaté jusqu'au diamètre que nous avons précédemment indiqué. De ce côté, d'ailleurs, l'affection rénale était aussi plus avancée que de l'autre.

13. Anomalie du foie : lobule surnuméraire, par E. LAZET, interne des hôpitaux.

Cette anomalie a été rencontrée sur une femme phthisique, morte dans le service de M. DUMONT-PALLIER. Le poids de l'organe, qui est de 1,230 grammes seulement, est un peu inférieur à la moyenne ; cette diminution porte sur la partie gauche qui est tout-à-fait rudimentaire et ne dépasse que très-peu le ligament suspenseur. Pour remplacer la partie du lobe gauche qui manque, on trouve un lobule isolé, une sorte de foie supplémentaire qui a la forme et les dimensions d'un petit rein et qui est en rapport, par sa face supérieure avec le diaphragme, par sa face inférieure avec l'estomac : son bord concave ou hile est relié au reste du foie par un vrai mésentère émané de la capsule de Glisson ; ce mésentère a une longueur de deux travers de doigt ; on voit cheminer dans son épaisseur le faisceau vasculaire destiné au lobule normal. On conçoit que si au lieu d'être profondément caché sous l'hypochondre, ce lobule avait été superficiel, il aurait pu donner lieu à des erreurs de diagnostic.

M. GILLETTE rapporte qu'il a eu l'occasion de voir, quand il était prosecteur, des anomalies de ce genre sur les cadavres de l'Ecole pratique.

M. CHARCOT. M. Bastien, qui s'est occupé de cette question a relevé un certain nombre de ces faits : ils sont d'ailleurs beaucoup moins communs pour le foie que pour la rate, où il est très-fréquent de rencontrer des lobes surnuméraires. — (*Voir Comptes-rendus de la Soc. de Biologie.*)

14. Cancer de l'estomac généralisé aux séreuses et à la peau, par M. LIOUVILLE, chef du Laboratoire de la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Le malade qui fait l'objet de cette présentation est un homme de 58 ans, (1) atteint d'un cancer de l'estomac depuis plusieurs mois ; dans les dernières semaines de son existence, on avait vu apparaître à la surface du corps une série de nodosités, sous-cutanées, quelques-unes de teinte violacée, mais, toutes évidemment de nature cancéreuse.

L'autopsie a montré un cancer de l'estomac, infiltrant toute la paroi de ce viscère, et présentant de nombreuses adhéren-

(1) Ce malade a été l'objet d'une des cliniques de M. Béhier (janvier 1874).

ces avec les organes voisins et avec la paroi abdominale. Le péritoine pariétal était couvert de plaques cancéreuses et la face inférieure du diaphragme présentait de nombreuses lésions du même genre groupées en dessins irréguliers. — Les mêmes plaques se retrouvaient, mais fort atténuées, sur la face convexe du diaphragme, et sur le péricarde viscéral vers la base du cœur. On en trouvait aussi, du reste, sur les plèvres mais il n'y en avait point dans l'intérieur des poumons.

Sous la peau, les noyaux cancéreux occupent le tissu sous-cutané, les uns adhèrent aux parties profondes du derme, les autres en sont indépendantes. Ces nodules forment comme un chapelet de petites tumeurs multiples, mais il est difficile de voir si les lymphatiques intermédiaires sont altérés, et si même la lésion de la peau siège dans les lymphatiques. M. Liouville présente ce fait comme un nouvel exemple de propagation du cancer par la voie des séreuses.

15. Kyste du ligament large, par E. BARÉ, interne des hôpitaux.

La malade, âgée de 34 ans, entre le 6 janvier 1874 à l'hôpital St-Antoine (service de M. MESNET). — Depuis 3 ans elle a des vomissements bilieux très-fréquents, mais son appétit est conservé. — Il y a 6 semaines, à la suite d'une forte émotion elle ressentit une douleur très-vive dans l'hypochondre droit; une semaine après s'aperçut qu'elle devenait jaune. Elle prit deux purgatifs, mais son état ne s'améliora pas, et pendant tout ce temps, la malade ne cessa de vomir des matières bilieuses.

Enfin, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, son ventre devint peu à peu volumineux, sa santé s'altéra, son appétit disparut presque entièrement, les digestions étaient mauvaises, les matières fécales prenaient une teinte grise, argileuse, et l'urine se colorait fortement en brun.

A son entrée, la malade présente une teinte ictérique foncée sur tout le tégument, les muqueuses, la sclérotique et la face inférieure de la langue. — Le ventre est très-volumineux, il a une forme globuleuse avec saillie de l'ombilic. — Quelques grosses veines bleuâtres se dessinent nettement sur la paroi abdominale. — Les membres inférieurs sont un peu gonflés, au niveau des malléoles. Cet œdème léger serait très-récemment et jamais, jusqu'ici, la malade n'avait remarqué que ses jambes fussent enflées.

La percussion dénote une matité absolue de toute la région inférieure et moyenne de l'abdomen. A la partie supérieure, son tympanique. — D'ailleurs la matité varie aux parties déclives suivant qu'on fait coucher la malade sur tel ou

tel côté. Sensation de fluctuation très-manifeste. En déprimant fortement la paroi abdominale, au-dessous des dernières côtes, du côté droit, on sent le rebord saillant du foie, qui dépasse de trois travers de doigt le rebord costal. — Le toucher vaginal ne dénote rien de particulier.

Pouls 132. — La douleur dans l'hypochondre droit, quoique moins vive qu'au début est encore assez forte, elle s'irradie, au-dessous du sein droit et présente de temps à autre des exacerbations, comme si l'on piquait la malade avec des épingles.

7 janvier. Pouls 114. La malade est calme, et déclare ne pouvoir être couchée que sur le côté droit.

8 janv. Elle a reçu dans la journée, la visite de plusieurs parents. Quand je la vois, elle est délirante, parle sans cesse, et ne reconnaît personne; le pouls est à 116; la teinte ictérique est devenue verdâtre à la face. La malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE *pratiquée le 10.* Le foie est extrêmement dur, inégal, bosselé, et présentant les granulations particulières à la cirrhose. Mais loin d'être atrophié, il a pris un volume considérable et pèse 2,720 grammes. La rate est énorme: 342 gram. molle, diffluente. — Rien de particulier dans les autres organes. Ainsi nous avons, ici, une cirrhose, avec hypertrophie considérable du foie, et ictère très-caractérisé.

En examinant l'utérus, le hasard nous fait découvrir une tumeur englobée dans les annexes. Après avoir enlevé l'utérus, ses annexes, et disséqué la région du petit bassin, nous voyons les faits suivants: l'utérus est normal; les 2 ovaires sont grisâtres, anfractueux. (La malade avait eu trois enfants). Du côté droit, la trompe avec son pavillon, le ligament large, le ligament rond, offrent leur aspect habituel. Mais du côté gauche, on voit en dehors de l'ovaire, une tumeur globuleuse de la grosseur d'une tête de fœtus; elle est lisse, transparente, distendue par un liquide incolore qui en remplit toute la cavité.

Cette tumeur kystique, est sessile: par sa partie superficielle, elle était en rapport avec le paquet intestinal, qui la recouvrait en partie, sans qu'elle ait présenté avec lui aucune adhérence.

Par sa partie profonde, elle présente une large base d'implantation sur la portion du ligament large gauche, comprise entre la partie extérieure de la trompe avec son pavillon et l'ovaire. En outre, on voit que la trompe, libre dans son 1/3 interne vient, dans ses 2/3 externes ainsi que son pavillon, s'appliquer en se contournant sur la paroi du kyste, pour y décrire une sorte d'inflorescence.

Ce kyste est formé de deux parois : — une externe, composée du péritoine et d'un tissu conjonctif très-lâche ; — une interne, ou paroi propre, dont la face externe adhère intimement à la première enveloppe, en permettant toutefois d'en pratiquer l'énucléation aisément, — et une face interne, lisse, en rapport avec le liquide du kyste. — Cette paroi propre est fibreuse, blanchâtre et absolument lisse. Quant au liquide du kyste (de 350 à 400 gr. environ), il est transparent, très-légerement citrin et très-limpide. Il ne renferme ni flocons, ni fausses membranes.

RÉFLEXIONS. Quelle est la nature de ce kyste, et quel est son siège ? 1^o D'après la nature du liquide, on peut dire que ce kyste est absolument séreux. — 2^o. Il n'est pas aussi aisé de répondre à la seconde question. Établissons d'abord que ce kyste, est absolument étranger à l'ovaire, et qu'il est développé dans les annexes péri-utérins.

Trois sièges principaux peuvent lui être attribués : *a.* Il est développé dans la trompe. *b.* Il s'est formé dans les débris du corps de Wolff. *c.* Il est dans l'épaisseur du ligament large.

a. On peut affirmer que le kyste ne s'est pas développé dans la trompe, car s'il en était ainsi, on devrait, en introduisant un stylet dans ce conduit, de dedans en dehors, arriver dans la cavité même du kyste ; or, en pratiquant ce cathétérisme, on parcourt toute l'étendue de la trompe, et on s'assure ainsi que ses parois, en aucune part, n'ont été dilatées pour donner naissance à la tumeur. Nous avons d'ailleurs dit plus haut que la trompe et son pavillon étaient simplement accolés au kyste.

b. — Nous ne croyons pas que le corps de Wolff soit le siège de la tumeur. D'après les recherches de M. Verneuil (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1854 t. IV) et d'après M. Courty, les kystes développés dans le corps de Rosenmüller, débris du corps de Wolff, se rencontrent le plus souvent chez les petites filles, ils ont une grosseur variable, d'un *grain de mil* à une *noisette*, peut-être même d'une orange. Ils sont fréquemment appendus à un pédicule de 0,001 à 0,005 millim. de long ; plus rarement ils sont sessiles. Or, si nous considérons ici l'âge de la malade, le développement considérable de la tumeur, nous voyons qu'il n'y a guère d'analogie entre elle, et les kystes du corps de Wolff.

c. — Reste enfin une troisième opinion : Le kyste est interstitiel, il est développé dans l'épaisseur du ligament large. Les tumeurs de cette nature, d'après Courty, « peuvent acquiescir le volume d'un œuf, d'une pomme, d'une orange et même d'une tête de fœtus ; à l'inverse des kystes de l'ovaire, ils ont de la tendance à rester stationnaires. » Ces kystes,

généralement plus volumineux que les précédents, peuvent ainsi persister durant la vie entière de l'individu, généralement ils ne sont pas diagnostiqués, et dans le cas particulier qui nous intéresse, il a passé complètement inaperçu, le ventre de la malade étant énormément distendu, par un épanchement ascitique. Quelquefois, ils se rompent subitement, et C. West, dans son *Traité des maladies des femmes*, cite un cas de ce genre observé chez une dame de 50 ans; une tumeur mobile, flottante, grosse comme la tête d'un fœtus, qui pendant huit ans, avait donné lieu à des symptômes de compression variable, sur les organes pelviens, disparut un jour subitement, par rupture des parois, le contenu du kyste, s'étant épanché dans le péritoine.

Séance du 23 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Cyanose cardiaque; communication des deux ventricules, lésions valvulaires multiples, par E. DEMANGE, interne des hôpitaux.

Soulas Jules, âgé de 4 ans, entre dans le service de M. LARIC, salle Saint-Jean n° 54, le 5 janvier 1874. A l'âge d'un an, il est pris pour la première fois d'un accès de cyanose; depuis il est resté sujet à de semblables accidents qui se sont reproduits à des intervalles variables; peu à peu ils sont devenus plus fréquents et plus intenses; ils éclatent chaque fois que l'enfant a couru ou est exposé au froid; sa mère raconte que plusieurs fois il a perdu connaissance; jamais il n'a eu de convulsions.

Il est apporté au service à la fin de l'un de ces accès; on constate une teinte cyanique généralisée, marquée surtout à la face et aux extrémités; les lèvres violettes presque noires. La figure est marbrée, couverte de raies bleuâtres. Les mains sont cyanosées et refroidies, les pieds sont dans le même état. Les battements du cœur sont tumultueux. Après quelques heures, la cyanose disparaît et on peut constater l'état suivant:

Voussure précordiale; augmentation transversale de la matité; impulsion énergique, frémissement coïncidant avec le

choc de la pointe. Bruit de souffle, rude, musical, systolique, couvrant les deux temps du cœur, perçu dans toute l'étendue du bord droit du sternum ayant son maximum d'intensité dans la 3^e articulation chondro-costale, se propageant dans toute la lésion de la base à droite et à gauche, à la pointe retentissement du souffle systolique; pas de souffle aux carotides, ni à l'artère crurale. Pouls veineux des jugulaires surtout à droite; pouls radial faible et régulier.

Les extrémités des doigts sont légèrement aplaties et restent cyanosées; elles sont élargies transversalement et présentent à un léger degré la déformation dite en baguette de tambour.

Les journées des 6, 7, 8, se passent sans accès; l'enfant a repris son état habituel. Le 9, nouvel accès dans la journée; pas de changement dans l'auscultation du cœur. Le 19, nouvel accès très-intense; l'enfant perd connaissance et meurt à la suite de l'accès.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. — Le *péricarde* renferme seulement quelques gouttes de sérosité limpide, sur la face vésicale quelques plaques laiteuses.

Le cœur a subi une hypertrophie générale des ventricules, portant surtout sur le diamètre transversal qui mesure 7 centimètres, tandis que le diamètre vertical n'a que 6 centimètres; le cœur est devenu dans son ensemble complètement globuleux, et a perdu sa forme conique.

Ventricule droit. Les parois sont très-épaissies; elles ont un centimètre et demi; la cavité n'est pas augmentée. Les valvules tricuspides sont le siège d'une endocardite ancienne; elles présentent par places des noyaux de consistance pétro-cartilagineuse, et sont très-épaissies dans toute l'étendue du bord libre; elles sont complètement insuffisantes et collées aux parois ventriculaires par la rétraction des cordages tendineux.

Artère pulmonaire. Au fond de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, on trouve un petit pertuis circulaire dans lequel on peut engager à peine un fort stylet; cet orifice, est perméable et conduit dans l'artère pulmonaire. Celle-ci offre à son origine son calibre normal; ses branches suivies jusque dans le fémur ne renferment pas de sang, ni de caillots. Les trois valvules sigmoïdes qui occupent leur position habituelle sont enflammées, très-épaissies et indurées dans toute leur étendue; entre leur bord adhérent et le petit pertuis que nous venons de décrire, on trouve un espace assez large, mesurant environ 5 millimètres de hauteur; ses parois constituées par l'endocarde qui tapisse la partie supérieure de l'infundibulum, sont couvertes de plaques d'endocardite an-

cienne; plusieurs petites brides adhérentes aux parois cloisonnent cette cavité; elles sont constituées par des adhérences anciennes complètement organisées; plusieurs vont s'insérer sur la partie supérieure du petit pertuis circulaire qui forme la limite inférieure de cet espace. Le pourtour de ce pertuis est formé par un anneau fibreux, inextensible, portant encore sur plusieurs points des petites végétations saillantes, naissant sur la séreuse épaissie et fibreuse en ce point.

A la partie latérale droite de cet espace, ainsi limité supérieurement par le bord inférieur des valvules sigmoïdes pulmonaires et inférieurement par cet anneau qui n'est en définitif qu'un rétrécissement de l'extrémité de l'infundibulum, consécutif à une ancienne endocardite, existe un prolongement triangulaire qui s'étend entre deux colonnes charnues du cœur, parallèlement à la base du ventricule droit. Au centre de cet espace on trouve un caillot fibrineux ancien, complètement décoloré et très-adhérent, se continuant en pointe dans le prolongement triangulaire et faisant saillie par sa tête renflée en forme de massue dans l'espace situé au-dessous de l'orifice pulmonaire, en sorte que ce caillot contribue pour une large part à l'oblitération de l'artère pulmonaire dont l'orifice est réduit déjà à quelques millimètres par l'anneau fibreux que nous avons décrit.

Ventricule gauche. Il offre aussi une hypertrophie notable; ses parois mesurent un centimètre d'épaisseur; sa cavité paraît normale. La valvule mitrale est le siège d'une altération analogue à celle de la valvule tricuspide, c'est-à-dire d'une endocardite ancienne, elle est suffisante.

Aorte. Examiné par sa partie supérieure, l'orifice aortique est tout à fait normal, ses trois valvules sont saines et suffisantes; il n'y a pas de trace de rétrécissement ni d'endocardite valvulaire; les orifices des artères coronaires sont normaux, mais lorsqu'on cherche à pénétrer de la cavité de l'aorte dans le cœur, on constate que l'on arrive indifféremment dans le ventricule droit ou dans le ventricule gauche; la cloison interventriculaire offre une communication anormale des deux ventricules; cette perforation qui mesure exactement le calibre d'une sonde de trousse est située à la base de la cloison, au point où celle-ci est normalement constituée par l'adossement des deux endocardes, elle est tapissée par la séreuse qui se continue de part et d'autre avec la portion qui tapisse les ventricules; celle-ci est encore à ce niveau épaissie, indurée, blanche, opaque. Cette communication anormale s'ouvre à droite entre le pertuis qui conduit à l'artère pulmonaire et la valvule tricuspide antérieure, à gauche

immédiatement au-dessus de l'orifice aortique, sous les bords adhérents des deux valvules sigmoïdes internes. Le pourtour de cet orifice anormal est donc constitué supérieurement par le bord de l'orifice aortique et inférieurement par la cloison musculaire recouverte de l'endocarde enflammé et épaissi.

Les oreillettes sont normales; le trou de Botal n'est pas fermé, et livre passage à une grosse sonde cannelée, la valvule qu'il obture est suffisante. La cavité ventriculaire droite renferme seule un caillot noir, post mortem. Les autres cavités sont absolument vides. Les artères pulmonaires ne renferment pas de sang. Le canal artériel est complètement oblitéré.

Poumons. Ils sont pâles, anémiques, légèrement engoués à la base, emphysémateux dans les sommets et les bords; à la coupe ils sont décolorés dans presque toute leur étendue; ils laissent écouler très peu de sang; leur tissu est résistant, en tous les points. Aucune trace de pneumonie ancienne ou récente, pas de foyers apoplectiques, pas de tubercules ni de pneumonie caséuse. Le *foie* et les *reins* sont congestionnés.

La mort dans ce cas paraît donc avoir été le résultat de l'oblitération de l'artère pulmonaire, par un caillot immobilisé dans le fond de l'infundibulum, et dont la formation est entièrement liée au rétrécissement de cet infundibulum.

M. RENDU. C'est là encore un de ces faits dont la pathogénie est complexe et l'interprétation difficile. Relativement au symptôme cyanose, on peut se demander s'il est la conséquence du mélange des deux sangs au travers de la communication anormale, ou bien s'il tient au rétrécissement de l'artère pulmonaire. Quant à cette dernière lésion, il est également impossible de savoir si elle est primitive ou consécutive à l'anomalie cardiaque. Or, dans la plupart des cas relatés de cyanose congénitale, il en a été de même.

M. HOMOLLE. Dans le fait que j'ai eu l'occasion de présenter l'an dernier, les deux cœurs communiquaient par le trou de Botal, et de plus il y avait une oblitération complète de l'artère pulmonaire, avec état caséux consécutif des poumons.

M. GIRALDÈS fait remarquer que les symptômes cardiaques ne sont pas toujours en rapport avec la coloration bleue des muqueuses. Il a eu dans son service, en 1872, un petit garçon qui présentait un bruit de souffle systolique énorme, couvrant tout le petit silence, et qui avait été considéré par M. Roger

comme symptomatique d'une communication des deux cœurs. Malgré cela, la circulation se faisait bien, et jamais l'enfant n'a été cyanosé : on dut l'anesthésier pour lui faire l'opération de la taille, et il supporta parfaitement le chloroforme.

17. Kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires,
par M. HIRNÉ, interne des hôpitaux.

Le 25 octobre 1873, entrant, à l'hôpital Saint-Antoine, (service de M. CADET DE GASSICOURT), salle Saint-Lazare, n° 13, le nommé Stier, âgé de 46 ans, poêlier. Il se plaignait, d'être malade depuis un an, seulement ; c'est-à-dire que depuis cette époque, il a vu son ventre enfler ; en même temps, il éprouvait un sentiment persistant de fatigue, avec tendance invincible et continuelle au sommeil, surtout après les repas ; ses joues diminuaient tous les jours ; il maigrissait, il devenait incapable de travailler. On constata, en effet, à son entrée, qu'il était profondément affaibli et amaigri ; le ventre était volumineux et ne paraissait pas contenir de liquide ; l'hypochondre droit ne semble pas développé ; cependant le foie est gras ; on sent son bord libre bien au-dessous des fausses côtes ; sa surface est parfaitement lisse, égale et régulière, sans inégalités, saillies, bosselures, etc., pouvant faire songer à une tumeur de l'organe ; il mesure en hauteur 22 centimèt. sur la ligne mamelonnaire. La rate elle-même est augmentée de volume, puisqu'à la percussion on trouve une hauteur de quinze centimèt. Ce malade était certainement alcoolique ; il avait eu pendant longtemps des fièvres intermittentes en Afrique, la syphilis, et des attaques répétées de rhumatisme articulaire aigu, sans complication du côté du cœur. On diagnostiqua une cirrhose du foie, n'ayant aucune raison pour soupçonner une tumeur de l'organe.

Quelques jours après son entrée, il présentait de l'œdème des membres inférieurs ; l'appétit disparut subitement et complètement ; et l'on constatait la présence de l'ascite. Bientôt apparaissait la teinte ictérique de la peau ; et cependant le malade n'avait jamais eu d'ictère ; les urines devinrent rouges et concentrées et l'on y constata la présence du pigment biliaire. Cet ictère alla ainsi augmentant rapidement jusqu'au douze ou treize novembre, la peau prenant une teinte jaune foncé, les urines contenant de plus en plus de matières colorantes de la bile, et les matières fécales, d'abord grisâtres, devenant tout-à-fait blanches comme du mastic.

Le malade n'avait pas de fièvre ; le pouls était fréquent

(100 pulsations) mais sans irrégularités. Pendant ce temps il eut une hémorrhagie intestinale. On constata l'augmentation de l'ascite, puis le développement graduel des veines sous-cutanées abdominales. A partir du treize novembre, l'ictère diminua graduellement et assez vite ; les fèces reprirent leur coloration normale et les urines cessèrent de contenir de la bile. Cependant le malade n'en continuait pas moins à aller plus mal ; la langue devenait sèche, poisseuse, il était pris d'une diarrhée incoërcible ; et il finit par succomber le 5 décembre.

Il présenta en outre, durant la marche de cette affection, deux ordres de symptômes intéressants à noter : 1° Les urines, dont l'analyse a été faite régulièrement, ont présenté les variations les plus grandes qu'on puisse observer au point de vue de la quantité de l'urée, qui, le plus ordinairement très faible, s'élevait tout à coup, et sans cause appréciable, à un chiffre relativement considérable ; puis, quand la quantité de ce principe diminuait, on constatait dans l'urine des produits d'oxydation inférieure, leucine, tyrosine, etc., et même de la cystine ; et l'échantillon qui fut analysé la veille de la mort, fournissait un extrait tout semblable à l'extrait de viande, et rempli des cristaux de différents principes ;

2° Ce fut un abaissement lent, graduel de la température, et tel que le 3 décembre au matin, elle était de 34°,7.

L'autopsie fut faite le lendemain du décès. On constata d'abord l'existence de quelques litres de sérosité dans la cavité péritonéale. Puis le foie, volumineux, apparut avec sa forme normale, bien qu'augmenté de volume, et ayant contracté des adhérences avec le diaphragme, le colon, etc.

Le lobe gauche, sur une coupe, paraissait sain ; le lobe droit était tout entier occupé par un volumineux kyste hydatique occupant toute la masse de ce lobe, dont la substance propre, réduite à une mince lame, avait complètement disparu. Et cependant, examinant ce foie à l'extérieur, il était impossible de soupçonner qu'il contint un kyste. Ce kyste était rempli par une hydatide en occupant toute la capacité, molle, demi-transparente, et colorée en jaune par la bile, dans laquelle elle baignait complètement. L'hydatide enlevée, on apercevait sur la paroi interne du kyste, trois orifices : l'un volumineux, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, situé à la partie interne du kyste, donnait accès dans la branche droite du canal hépatique, dont la paroi semblait se continuer sans ligne de démarcation apparente avec celle du kyste. Les deux autres orifices, situés à la partie externe de la tumeur faisaient aussi communiquer celle-ci avec deux branches très-dilatées des canaux biliaires, de façon qu'on pouvait penser en voyant

une telle disposition, que l'hydatide s'était développée dans un des canaux biliaires. Du reste, tous ces canaux, depuis l'hépatique jusqu'aux fines ramifications, étaient énormément dilatés. L'hydatide avait dû s'engager par le canal hépatique droit, dans le canal cholédoque, produire un arrêt dans l'écoulement de la bile; d'où cet ictère passager, pendant la vie, et cette dilatation des voies biliaires constatée à l'autopsie. Le canal cholédoque était rempli d'un liquide épais, jaunâtre, mélangé de pus et de bile, dont il existait une plus grande quantité dans le duodénum.

Comme conclusion de cette autopsie, il nous a semblé que *la communication entre les voies biliaires et le kyste était fort ancienne*; on pouvait se demander si l'hydatide n'avait pas continué à se développer au milieu du liquide biliaire, et si, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui ce liquide jouissait réellement de la propriété de tuer les hydatides (?).

M. SEVESTRE rappelle que c'est là un procédé de guérison spontanée des kystes relativement assez commun: il a eu l'occasion d'en présenter un cas, où l'évacuation s'était faite par le canal cholédoque.

M. CHARCOT a vu pareille terminaison se produire plusieurs fois, et une fois notamment, les hydatides étaient engagées dans le conduit cholédoque qu'elles obstruaient. D'autres fois, au contraire, le contenu de l'hydatide étant détruit par la présence de la bile, la poche se rétracte sur elle-même et subit une véritable momification: c'est là un procédé de guérison naturelle moins dangereux que le précédent.

M. HANOT. La diminution de l'urée et la présence de la leucine et de la tyrosine ont été depuis longtemps indiquées par Frerichs dans la plupart des affections hépatiques aiguës et chroniques. J'observe en ce moment, avec M. Bucquoy, deux malades atteints d'hépatite chronique chez lesquels ce phénomène a été plusieurs fois constaté: l'urée, chez eux, tombe à trois ou quatre grammes par litre. De plus, il s'est produit simultanément chez ces malades, de véritables tophus goutteux sur les oreilles, et des attaques de goutte franche aux pieds.

M. CARVILLE. Il serait surtout utile dans ce cas de faire doser l'acide urique dans l'urine, et d'examiner la constitution de ces tophus auriculaires. Je me souviens d'avoir vu autrefois dans le service de M. Bazin, à Saint-Louis, un malade

d'une vingtaine d'années, atteint d'ictère chronique, et chez lequel il se produisit en très-grande quantité de petits nodules constitués presque exclusivement par de la cholestérine. M. Bazin appelle ces productions du *molluscum cholestérique*. Un cas analogue est rapporté dans l'ouvrage de Hebra.

18. Foie normalement lobulé. — Cicatrices considérées comme étant d'origine syphilitique, par M. HOMOLLE, interne des hôpitaux.

Le 18 janvier mourut dans le service de M. BESNIER, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de 50 ans, arrivée au dernier degré de la cachexie syphilitique. 17 ans auparavant, elle avait eu un chancre suivi de plaques muqueuses : depuis 4 ans seulement elle avait ressenti de nouvelles atteintes plus profondes de sa maladie. Successivement traitée dans les services de MM. Gibert et Vidal, elle avait eu à diverses reprises des gommés du pharynx, des ulcérations aux deux tibias, et elle avait complètement perdu les os du nez, ainsi qu'une partie de la voûte palatine et de l'os frontal.

Dans le courant de l'année 1873, elle était entrée dans le service de M. Besnier, profondément cachectique. Les ulcérations des tibias étaient toutes cicatrisées, et il n'y avait plus de syphilides en évolution : mais la malade était atteinte d'une diarrhée chronique, elle était albuminurique, enfin, le membre inférieur droit était œdématié sans que pourtant on constatât de phlébite. On diagnostiqua un œdème cachectique, sans pourtant qu'on pût s'expliquer la localisation de la phlegmasie à une seule jambe. La malade resta ainsi plusieurs mois, s'affaiblissant chaque jour, et elle finit par succomber dans le marasme le plus complet.

AUTOPSIE. — Organes encéphaliques sains.

Poumons œdémateux, partiellement refoulés par un double épanchement de peu d'abondance. — *Cœur* très-petit, présentant un certain degré d'altération graisseuse avec myocardite interstitielle. — Le *péritoine* ne contenait pas de liquide.

Le *foie*, très-petit, du volume que présente normalement le foie d'un enfant de 13 à 14 ans, adhérait partiellement au diaphragme. Il offrait un aspect lobulé des plus remarquables ; sa face convexe, revêtue dans la moitié postérieure par le péritoine épaissie, et en partie encore adhérente au diaphragme, était à peu près lisse au toucher, du moins ne présentait-elle pas de grains cirrhotiques, mais la capsule de Glisson, un peu épaissie, lui donnait une certaine rudesse en quelques points.

A 6 centimètres environ du bord droit la face convexe était traversée d'avant en arrière par une dépression profonde au niveau de laquelle la capsule s'enfonçait en se plissant et qui présentait les caractères d'une rétraction cicatricielle. Une coupe faite à ce niveau montrait au milieu du parenchyme hépatique un noyau de tissu conjonctif scléreux qui semblait prouver la nature cicatricielle de la dépression.

Vers le bord gauche de l'organe et au voisinage du bord antérieur, deux profonds sillons disposés perpendiculairement l'un à l'autre découpaient deux lobules qu'un large pédicule réunissait au reste de l'organe. Deux autres lobules plus petits circonscrits par un sillon circulaire siégeaient au voisinage des 2 premiers.

Les bords contigus et toutes les dépressions qui limitent ces sortes de lobules sont reliés entre eux par de nombreuses adhérences lâches, formant des tractus celluloux ou fibreux entrecroisés en divers sens.

Un seul des sillons que nous venons d'indiquer correspondait à une induration fibreuse profonde, au niveau des autres; le parenchyme hépatique présentait l'aspect qu'on lui trouvait partout ailleurs.

Le tissu, d'une couleur rousse, semé d'un pointillé jaunâtre formant des grains irréguliers, très-ténus, est lisse à la coupe, un peu ferme, sans dureté cirrhotique. Au sein du parenchyme hépatique, à peu de distance du bord postérieur, se trouvait un noyau d'induration fibreuse entourant une veine et semblable à ceux que nous avons déjà signalés.

Sur des coupes faites à l'état frais, il est facile de reconnaître que tous les points jaunâtres, opaques, disséminés au milieu du tissu hépatique, sont constitués par des amas de gouttelettes graisseuses, qui semblent résulter de la transformation des cellules hépatiques. Toutes les cellules, en effet, sont à un degré variable infiltrées de granulations graisseuses.

En quelques points seulement les travées de cellules sont un peu séparées les unes des autres par un peu de tissu conjonctif; le foie n'est presque pas cirrhotique.

Les indurations fibreuses sont constituées par du tissu fibreux au sein duquel on trouve ça et là quelques amas de cellules hépatiques plus ou moins graisseuses et atrophiées.

La rate, petite, était ferme.

Le rein gauche était dur, lisse à la coupe, d'une teinte jaunâtre, mais non amyloïde. Le rein droit, plus petit, présentait sur quelques points une apparence analogue liée à un certain degré de néphrite interstitielle. L'uretère, les bassinets, les calices étaient considérablement dilatés, sans qu'il existât de calcul.

Cette dilatation s'expliquait par une compression de l'urètre, au niveau de l'excavation pelvienne, par une tumeur de la fosse iliaque (sarcome médullaire développé probablement dans le périoste de l'os coxal), qui comprimait aussi la veine iliaque, et avait déterminé l'œdème du membre inférieur.

M. CHARCOT. Je cherche, au fond de cette dépression profonde du foie, le noyau fibreux qui devrait persister, si l'on avait affaire à une cicatrice d'ancienne gomme; mais je ne le trouve pas très-nettement accusé, bien qu'on voie évidemment une traînée celluleuse.

M. DEBOVE. Il y aurait intérêt à examiner ces fibromes. D'après M. Ranvier, le caractère le plus constant qui indiquerait leur origine syphilitique, est l'existence de travées fibreuses irrégulières, se développant dans les divers points du parenchyme hépatique, et laissant au milieu d'elles des cellules du foie disséminées. Bref, il se produirait là une sorte de cirrhose interstitielle, respectant les éléments hépatiques et même parfois les canalicules biliaires.

M. DESPRÉS. Ce cas est encore de ceux qui, pour moi, n'ont aucune signification démonstrative, car il s'agit là d'un foie cloisonné, et les cicatrices qu'on y remarque ne sont pas nécessairement le fait de la syphilis. L'existence même de la syphilis ne me paraît pas suffisamment démontrée chez la malade.

Séance du 30 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

19. Allocation de M. Charcot.

Messieurs,

Un des statuts qui règlent notre association, impose à celui qui a l'honneur d'être le président de vos séances, le devoir de vous présenter, à la fin de chaque année, ce qu'on est convenu d'appeler l'exposé de la situation.

Cette tâche, messieurs, qui, dans d'autres circonstances,

pourrait être une mission par certains côtés délicats, je l'accomplirai aujourd'hui en pleine liberté d'esprit, et j'ajouterai avec bonheur, car, partout, dans l'histoire de l'année qui vient de s'écouler je ne rencontre que des témoignages, attestant d'une manière éclatante, l'inépuisable activité et la prospérité réelle de notre Société.

Je serai bref et je m'en tiendrai au point de vue le plus général ; car je ne saurais empiéter sur le domaine qui appartient de droit à nos collègues, M. le Trésorier et M. l'Archiviste.

Pour bien comprendre, messieurs, l'importance des résultats obtenus, et pour rendre justice comme il convient aux efforts déployés pour les obtenir, il faut se reporter un instant à ces jours sombres et néfastes qui ne devront jamais sortir de notre mémoire et pendant lesquels, à la vue de tant d'humiliations et de tant de désastres, plus d'un, parmi nous, s'est demandé sans doute, comme certain héros de Shakespeare, si le moment n'était pas venu de mourir « *à la grande manière des Romains.* »

Alors l'accomplissement du premier des devoirs vous tenait, pour la plupart, éloignés de cette enceinte et en même temps toutes les relations qui nous rattachent à nos collègues de province avaient été brutalement brisées.

Cependant vos séances n'ont subi pendant cette triste époque du siège que de très-courtes interruptions. Mais il était à prévoir néanmoins, que la publication de nos actes, ce grand *criterium* de notre activité, ne manquerait pas de se ressentir du désarroi général. Cela est advenu, en effet, et notre Société a dû traverser là une des périodes les plus critiques de sa longue existence.

La voilà sortie de cette rude épreuve, car chacun de vous, puisant dans le sentiment du danger commun, une énergie nouvelle, s'est multiplié et vos mandataires, grâce à de persévérants efforts, ont su pendant le cours des deux dernières années, non-seulement faire face aux exigences du labeur de chaque jour, mais combler encore un arriéré considérable. Qu'ils reçoivent ici le témoignage solennel de la reconnaissance de tous.

Aujourd'hui, messieurs, je suis heureux de le constater, nos Bulletins sont complets pour les années 1869 et 1871.

Aux volumes qui correspondent aux années 1868, 1870, 1872, il ne manque que les *tables* et tout fait prévoir que cette lacune aura bientôt cessé d'exister.

Pour ce qui est de l'année 1873, le compte rendu de vos travaux, composera un magnifique volume de près de 900 pages, riche de faits importants, illustré de belles planches, et dont

l'impression est à peu près achevée. De ce côté donc, le présent et l'avenir sont assurés.

Vous rappellerai-je maintenant, messieurs, jusqu'à quel point nos séances ont été remplies, cette année, et comment, bien des fois, en raison du nombre inaccoutumé des présentations et de l'importance des discussions, elles se sont prolongées au-delà du terme habituel ; vous dirai-je que nos cadres sont actuellement au complet ; que les internes et les externes des hôpitaux sollicitent avec plus d'empressement que jamais le titre de membre de la Société ; que les listes de nos membres honoraires et correspondants sont composées de noms justement estimés de tous ceux qui, en France ou à l'étranger, ont à cœur les intérêts de notre science. Il est inutile d'insister : ce sont là des faits qui sont présents à l'esprit de tous. De ce côté encore, vous le voyez, la situation est donc excellente.

Mais cet état prospère, il nous faut à tout prix, nous efforcer de le rendre durable. Sans entrer dans le détail administratif, je crois devoir vous rappeler, messieurs, que les souscriptions à nos Bulletins sont une condition indispensable à notre existence matérielle. Il nous faut donc demander à tous ceux qui ont sollicité et obtenu le titre de membre de la Société anatomique, à tous nos confrères, à nos anciens collègues, la continuation de leur appui, de leurs concours. Nous trouverons chez eux tous, nous en avons la conviction, un empressement que justifiera d'ailleurs l'importance de notre publication.

Et, puisque je suis ramené vers ce dernier point, permettez-moi, messieurs, de vous faire part, en terminant ce court exposé, du sentiment de satisfaction vive et — pourquoi ne pas le dire — toute patriotique que j'ai éprouvée, en prenant, ces jours-ci, de nouveau, connaissance de tous ces travaux importants qui composent les derniers volumes de nos Bulletins. Ils témoignent d'une façon irrécusable de la puissante vitalité scientifique de notre Société.

Notre pays, grand malgré tout, parce qu'il croit l'humanité supérieure à la race, doit, dit-on de toutes parts s'affirmer plus que jamais, dans toutes les directions, dans toutes les disciplines, à la face de rivaux injustes et envieux.

Dans le domaine de l'anatomie pathologique, où les travaux de notre Société ont toujours brillé d'un si vif éclat, la génération présente — j'en ai, à votre contact, acquis la ferme assurance — ne faillira pas à sa tâche : elle se montrera digne de ses aînées. Car tous, unissant nos efforts, nous aurons à cœur de réaliser ce beau précepte d'Horace :

« *Hoc opus, hoc studium parvi properemus et ampli,
 « Si patriæ volumus, si nobis vivere cari.* »

20. Eloge de M. Félix Bricheteau, lu à la Société anatomique par
 M. BROUARDEL, médecin des hôpitaux.

Messieurs,

La Société anatomique tient au rang de ses plus nobles traditions, l'usage d'adresser un dernier souvenir à ceux de ses membres, qui succombent jeunes encore, n'ayant qu'à peine entamé la vie scientifique. Elle ne peut sans douleur voir disparaître un collègue qui emporte le secret des idées qui avaient germé dans son esprit et l'espoir d'une récolte dès longtemps préparée par le travail.

Ceux qui ont connu Félix Bricheteau savent que ce qui distinguait notre collègue, c'était son amour pour le travail et son dévouement pour ses amis. Telles étaient les qualités qui lui avaient conquis la large place qu'il tenait au milieu de nous.

Bricheteau appartenait à la famille médicale par son oncle le docteur Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, qui a laissé des travaux estimés sur les maladies de la poitrine.

Notre collègue naquit à Loudun en 1835; placé à sept ans au lycée de Poitiers, il en fut un des plus brillants élèves, et chaque année, il récolta tous les premiers prix. Bachelier ès-lettres à 16 ans, bachelier ès-sciences à 17, il vint à Paris faire ses études médicales sous la direction de son oncle.

L'étudiant en médecine tint les promesses du jeune collégien de Poitiers; à 22 ans, Bricheteau était nommé interne des hôpitaux, puis recueillait successivement toutes ces distinctions scolaires, plus chères encore à la famille qu'au candidat : médailles des hôpitaux, prix Monthyon de la Faculté de médecine, médaille d'or de la Société des sciences de Lille.

En 1862, il terminait ses études en publiant la *Relation d'une épidémie de diphthérie observée à l'hôpital des Enfants malades pendant l'année 1859*. Ce mémoire fut le sujet de sa thèse inaugurale. Malheureusement, Bricheteau avait perdu ses appuis les plus précieux et ni son père, ni son oncle ne purent jouir de ses succès.

Bon et effectueux pour tous, Bricheteau était entouré d'amis qui applaudirent à son bonheur, lorsqu'ils le virent, à la sortie de l'internat, associer à sa vie une compagne qui fit

des joies et des ambitions de son mari ses espérances personnelles, partagea ses amitiés et trouva dans la bonté et les soins qu'il lui prodigua l'exemple du dévouement avec lequel elle devait plus tard adoucir ses dernières et douloureuses années.

Peu de temps après, Bricheteau était nommé chef de clinique de la Faculté. Il prenait aussi la direction du *Bulletin de thérapeutique* et, de 1865 à 1870, il supporta seul le poids d'une publication à laquelle il sut conserver parmi les praticiens de France la vogue légitime que lui avaient assurée les traditions léguées par Miquel et Debout. Vous trouverez insérées dans ce recueil une série de mémoires, de comptes-rendus, d'analyses sur les diverses questions de thérapeutique.

Bricheteau avait pris, dès son internat, une part active aux travaux de la Société anatomique, il lui avait communiqué des observations d'*Ulcérations de la trachée artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie* (Bull. Soc. anat. 1859, p. 112), de *Diathèse cancéreuse à marche rapide chez un jeune homme de 25 ans* (1860, p. 257, etc.). Je citerai encore ses rapports : *Sur les maladies du cœur chez les enfants* (1862, p. 152); *sur la tuberculisation des ovaires* (1863, p. 131); sur un *Vice de conformation des organes génitaux* (1864, p. 222). C'est lui qui rédigea le Bulletin de vos travaux pour l'année 1864. Vous l'aviez récompensé de son activité scientifique en le nommant successivement secrétaire, puis vice-président de vos séances.

Tout souriait à notre ami, nous applaudissions à ses succès, ils étaient loyalement, vaillamment obtenus. Bricheteau concourait pour le Bureau central des hôpitaux, sa place y semblait assurée. La maladie ne lui a pas permis d'atteindre ce but si ardemment désiré.

Ceux d'entre nous qui ont connu Bricheteau pendant son internat se souviennent des charmes de son amitié. Bon, enjoué, serviable pour tous, aimé de ses chefs, recherché de ses collègues, il prodiguait à chacun son affection et ses services. S'il aimait à relever par quelque plaisanterie les travers de ses camarades, aucune d'elles n'a laissé de blessure, et ainsi que l'a rappelé son collègue Nivert, il ne donna jamais à ses amis d'autre chagrin que celui qu'ils ont ressenti de sa maladie et de sa mort prématurée. Tel est le collègue que vous avez connu et que vous avez aimé.

Malheureusement, ces jours que Bricheteau avait su remplir de tant de bonheur par les amitiés qui l'accueillaient au dehors et par l'intérieur qu'il s'était créé, n'eurent qu'une bien courte durée. Dès 1868, des douleurs mal définies, des

malaises, des troubles digestifs, une fatigue continuelle, vinrent rendre tout travail bien pénible. Nous suivions avec anxiété les marques d'une maladie que nous ne pouvions ignorer, lui seul restait souriant et d'une aménité qui ne s'est pas un instant démentie.

Obligé de quitter Paris en juillet 1870, séparé de nous par les événements, Bricheteau ne devait plus revoir ses anciens amis. Il trouva alors pour le suppléer dans la rédaction du *Bulletin de thérapeutique* un collègue dévoué, M. le docteur Gauchet, qui accomplit le travail de chaque jour avec une modestie et une abnégation qui ne se lassèrent pas. L'amitié de Bricheteau avait su inspirer ce dévouement qui restera un honneur pour tous deux.

La maladie, la douleur ne modifièrent pas le caractère de notre collègue, et sa dernière pensée fut pour ses confrères malheureux. Il légua à l'Association des médecins de France la propriété du *Bulletin de thérapeutique* dont la valeur représente un capital de cent mille francs. Malheureusement, les statuts de la Société ne lui permirent pas d'accepter un legs dont l'intention était si touchante.

Après de bien longues souffrances, notre collègue s'éteignit à Tours, le 31 mai dernier à l'âge de 37 ans, entouré des soins que lui prodiguait, malgré ses angoisses et les douleurs d'une santé dès longtemps ébranlée, la compagne dévouée de sa vie.

Bricheteau avait exprimé le désir que sa bibliothèque fût remise à l'une des sociétés dont il avait fait partie. Sa veuve tint à honneur d'accomplir le vœu de notre collègue, et elle vous a fait don des ouvrages qu'avaient amassés son oncle et son mari. Ce legs restera parmi nous un témoignage de l'affection qui nous reliait à Félix Bricheteau et nous rappellera un collègue qui a tenu une large part dans notre amitié.

21. Anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques. — *Rapport présenté au nom de la Commission chargée de l'anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques*, par M. Du CASTEL, rapporteur.

Messieurs,

L'an dernier, la *Société anatomique* décidait que tous les ans une Commission serait chargée de présenter un travail sur un sujet d'anatomie pathologique désigné par votre comité. Les membres de la Société étaient priés de recueillir les faits, qu'ils pourraient observer, se rapportant au sujet mis à l'étude et de les communiquer à la Commission; le travail, que

celle-ci était chargée de présenter, ne devait être autre chose que le résumé des communications qui lui auraient été faites pendant le cours de l'année. Le but que se proposait la Société, en prenant cette décision, était de rassembler un certain nombre de documents perdus chaque année, de vérifier les faits avancés sur le sujet mis à l'étude, et, s'il était possible, d'y apporter quelques données nouvelles.

Le sujet choisi pour 1873 fut : *l'anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques* ; la Commission chargée de rassembler les documents recueillis par les membres de la Société fut composée de MM. Dbove, Malassez, Ranvier, J. Renaut et Thaon. M. Thaon ayant été obligé de quitter Paris dans le courant de l'année, j'ai été appelé à l'honneur de le remplacer au sein de la Commission. Je viens aujourd'hui vous exposer ses travaux et vous présenter le résumé des faits qu'elle a pu observer.

Anatomie normale des ganglions lymphatiques.

La connaissance précise de l'anatomie des ganglions lymphatiques est de date récente ; et bien que Bichat ait prévu que dans ces organes il existe entre les vaisseaux un tissu particulier, il ne put démontrer la vérité de son hypothèse. C'est en 1850 que Ludwig et Roll prouvèrent qu'entre les vaisseaux afférents et les vaisseaux efférents il existe un système continu de cavités constituant le tissu propre de la glande.

En 1853, Brücke entrevit l'existence de deux systèmes différents et découvrit les follicules. A peu près à la même époque, Donders et Kölliker démontraient que le tissu ganglionnaire est un tissu réticulé, et Kölliker le considérait comme formé par des cellules étoilées anastomosées entre elles.

Bientôt après, His étudia plus exactement la structure du réticulum, distingua la substance folliculaire de la substance des voies lymphatiques et reconnut l'épithélium qui recouvre les follicules. Les travaux de Frey, entrepris à la même époque et indépendamment de ceux de His, conduisirent cet histologiste à des résultats analogues.

Plus récemment, M. Ranvier démontra que le réticulum n'est pas formé par des cellules étoilées anastomosées mais par un réseau de fibres connectives tapissées de cellules plates.

Le tissu propre des ganglions est supporté et maintenu par une charpente fibreuse composée de la capsule et d'une trame fibreuse intérieure.

La *capsule* recouvre toute l'étendue du ganglion ; elle est formée de tissu conjonctif renfermant des fibres élastiques ; sur sa face externe rampent les vaisseaux afférents intimes.

ment appliqués sur elle ; sa face interne est tapissée par une couche continue de cellules endothéliales et présente les orifices des vaisseaux afférents.

La *trame fibreuse* est formée par des travées qui partent du hile, vont, après s'être subdivisées en branches de plus en plus petites, se terminer sur la capsule. Les différentes ramifications de ces travées s'anastomosent entre elles ; c'est dans leur épaisseur que sont contenues les artères et les veines.

Le tissu propre des ganglions est formé par deux systèmes différents, le système folliculaire et le système caveux ; l'existence de ces deux systèmes est des plus faciles à démontrer.

Une coupe mince d'un ganglion durci dans l'alcool, allant de la périphérie vers le hile du ganglion et colorée par le picricarminé d'ammoniaque, permet déjà d'en apprécier la disposition relative. Sur une semblable coupe, on distingue immédiatement qu'il existe dans le ganglion deux systèmes diversement colorés : l'un est rouge, c'est le système folliculaire ; l'autre est jaune rosé, plus transparent, c'est le système caveux.

Les parties colorées en rouge (substance folliculaire), affectent deux dispositions différentes : au-dessous de la capsule, elles forment une série de figures arrondies ; ce sont les coupes de renflement sphériques que Brücke a appelés follicules (ampoules corticales de His ; alvéoles de Frey) ; à la partie centrale, c'est-à-dire entre les follicules et le hile, les parties rouges représentent des îlots allongés, effilés, à extrémité mince, dirigée vers le hile, ce sont les cordons folliculaires (cordons médullaires de Kölliker, utricules glandulaires ou médullaires de His, tubes lymphatiques de Frey.)

La partie du ganglion qui renferme les follicules a reçu le nom de *couche corticale* ; la partie qui contient les cordons folliculaires, celui de *couche médullaire*.

La substance jaune rosée (substance caveuse), doit probablement sa couleur et sa transparence au tassement moindre des éléments qu'elle renferme et peut-être aussi à la richesse plus grande en protoplasma. Elle forme une couche continue entre les follicules et la capsule ; elle pénètre entre les différents follicules et les cordons folliculaires qu'elle isole les uns des autres. Les portions de ganglions occupées par la substance caveuse qui sépare les follicules de la capsule, ont été désignées par His sous le nom de *sinus*, nom sous lequel elles sont généralement décrites (espaces enveloppant les follicules, Frey) ; les espaces situés entre les follicules ou les cordons folliculaires s'appellent indifféremment *conduits lymphatiques* ou *conduits caveux*.

L'injection de bleu de Prusse soluble rend la disposition des deux systèmes encore plus évidente, surtout si l'on a soin de colorer les préparations par le picro-carminé d'ammoniaque ou le carmin. Le bleu de Prusse ne pénètre que dans la substance caverneuse, et la substance folliculaire (follicules et cordons folliculaires), colorée en rouge se détache fortement sur la substance caverneuse colorée en bleu.

La structure intime diffère dans le système caverneux et le système folliculaire.

La structure de la substance caverneuse est la même dans les sinus et dans les conduits lymphatiques ; ils sont composés par un tissu fibrillaire réticulé. En lavant au pinceau une coupe de ganglion, durcie dans l'acide picrique, on arrive facilement à dégager ce réticulum des éléments qu'il renferme, tandis que les follicules sont encore remplis des leurs. En faisant une coupe perpendiculaire aux conduits lymphatiques, on aperçoit à leur centre un vaisseau, artère ou veine, recouvert d'une tunique conjonctive très-épaisse d'où partent les fibrilles qui en s'anastomosant constituent le réticulum. Kölliker avait pensé que le réticulum était formé par des cellules étoilées anastomosées entre elles ; His et Frey avaient décrit des noyaux situés à l'intérieur des nœuds anastomotiques ; M. RANVIER a démontré qu'il n'existe pas de noyaux à l'intérieur du réticulum et que les observateurs avaient été induits en erreur par la couche de cellules plates qui recouvre le réticulum fibrillaire. Ce revêtement cellulaire est facile à démontrer.

Déjà, sur des coupes lavées au pinceau et colorées au picro-carminé d'ammoniaque, on aperçoit sur les travées, à la surface des follicules et à la face interne de la capsule des noyaux ovales entourés de protoplasma ; mais l'existence et la disposition du revêtement endothélial sont nettement mis en relief par les imprégnations de nitrate d'argent. On voit alors qu'il existe à la face interne de la capsule et à la surface des follicules un revêtement endothélial continu qui se prolonge jusque sur les plus petites travées. Plusieurs cellules soudées par leurs bords sont nécessaires pour recouvrir la circonférence des grosses travées ; une seule cellule soudée par deux de ses bords forme une gaine suffisante pour envelopper les plus fines.

La substance folliculaire (follicules et cordons folliculaires) est séparée de la substance caverneuse par un revêtement endothélial continu ; mais ce revêtement n'empêche pas entièrement les éléments qui circulent dans la substance caverneuse, de pénétrer dans la substance folliculaire. Pour démontrer cette circulation, on introduit chez un lapin, au milieu

du tissu conjonctif qui entoure le nerf sciatique, du vermillon en poudre fine délayé dans l'eau. L'animal étant sacrifié quarante-huit heures après l'opération, on retrouve une grande quantité du vermillon dans les ganglions lombaires; la majeure partie est située dans la substance caverneuse, mais un certain nombre de granulations ont pénétré dans la substance folliculaire. De même pendant le travail de la digestion on rencontre des granulations graisseuses non-seulement dans le système caverneux, mais aussi dans le système folliculaire.

Les follicules et les cordons folliculaires sont constitués par un tissu réticulé à fibrilles beaucoup plus fines et à mailles beaucoup plus étroites que celles du tissu caverneux; ce réticulum est formé par des fibres de tissu conjonctif recouvertes de cellules plates. L'observation attentive de préparations obtenues après durcissement dans l'alcool suffirait déjà pour faire admettre cette structure, mais pour la bien démontrer il faut employer successivement deux méthodes dont la première est la suivante : Après avoir fait durcir pendant 24 heures un ganglion lymphatique dans une solution saturée d'acide picrique, on fait des coupes minces qui sont traitées au pinceau et colorées au picro-carminate. Si l'action du pinceau a été suffisante, il arrive que le réticulum est, sur certains points au moins, complètement dégagé et il ne reste sur les travées aucun vestige d'éléments cellulaires.

La seconde méthode consiste à faire dans un ganglion lymphatique, semblable à celui sur lequel la méthode précédente a été appliquée, une injection interstitielle d'acide osmique à 1/300. Après durcissement convenable dans l'alcool on pratique des coupes minces qu'on lave au pinceau, puis on colore avec le picro-carminate d'ammoniaque. La préparation, examinée dans la glycérine, montre nettement des noyaux appliqués sur les plus fines fibres du réticulum; ces noyaux paraissent maintenus par une lame de protoplasma.

En résumé, on peut à volonté chasser entièrement les noyaux du réticulum ou les conserver tous, cela dépend de la méthode que l'on emploie.

Le tissu folliculaire est parcouru par de nombreux vaisseaux capillaires de la surface desquels se détachent les fibrilles du réticulum; au niveau des nœuds ces fibrilles s'anastomosent sans perdre leur individualité. Il est probable que tous les cordons folliculaires se continuent avec un follicule, mais la disposition flexueuse de ces cordons ne permet pas toujours de les suivre jusqu'au point où doit se faire cette réunion.

Les *vaisseaux volumineux* occupent l'intérieur de la substance caverneuse; ils cheminent dans les grosses travées fibreuses qui occupent le centre des conduits caverneux; dans la substance folliculaire sont les réseaux capillaires.

En résumé les ganglions lymphatiques sont formés par deux systèmes différents intimement unis l'un à l'autre.

Le premier, le système folliculaire, paraît être la partie vraiment glandulaire de l'organe; il est probable que c'est dans son intérieur que se fait l'élaboration relative à la formation des cellules lymphatiques. Il se présente sous la forme de renflements sphériques (follicules), situés sous la capsule et envoyant vers le hile du ganglion des prolongements effilés (cordons folliculaires.) Les proportions relatives des follicules et des cordons folliculaires varient dans les différents ganglions, il en est où les cordons sont très-volumineux et où le renflement folliculaire est à peine marqué.

Le second système est le système caverneux; il paraît destiné à ralentir la circulation de la lymphe et à faciliter ainsi le fonctionnement de la substance folliculaire. Il englobe complètement les follicules et leurs cordons, les isolant les uns des autres et les séparant de la capsule du ganglion.

La disposition, que présentent dans les ganglions les substances folliculaire et caverneuse, n'est pas la même pour tous; dans quelques-uns c'est à peine s'il existe une petite quantité de substance caverneuse entre les follicules, dans d'autres la substance folliculaire est située au milieu d'un tissu caverneux très-abondant.

Dans quelques ganglions la couche médullaire paraît remplacée par un tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et en lymphatiques. Si l'on examine des coupes pratiquées sur de semblables ganglions, la substance ganglionnaire se présente sous la forme d'un croissant dont le centre est occupé par ce tissu conjonctif.

Chez l'homme les glandes lymphatiques du pli de l'aîne offrent ordinairement cette disposition.

Anatomie pathologique des ganglions lymphatiques. (1)

Un certain nombre de modifications des ganglions paraissent former une transition entre l'état normal et les altérations

(1) Pour préparer les ganglions, nous employons la méthode suivante : Pour les durcir, nous les plongeons successivement dans l'alcool pendant vingt-quatre heures, et dans une solution d'acide picrique pendant vingt-quatre heures, puis dans une solution de gomme (de consistance sirupeuse) durant quarante-huit heures, enfin dans l'alcool ordinaire vingt-quatre heures. Nous faisons alors les coupes, et après les avoir laissées quarante-huit heures dans l'eau pour chasser la gomme, nous les examinons colorées par le *piéro-carminate d'ammoniaque*.

vraiment pathologiques ; de ce nombre sont la *pigmentation* et la *transformation calcaire*.

Les ganglions infiltrés de pigment sont gris ardoisés ou noirs, ou marbrés de gris, de blanc et de noir. La pigmentation siège surtout dans la substance caverneuse et le système folliculaire est plus faiblement coloré. Cette localisation est surtout marquée au début ; dans un cas cependant nous avons vu la pigmentation occuper presque exclusivement le tissu folliculaire.

Les ganglions, atteints de pigmentation, sont ordinairement plus volumineux et plus constants qu'à l'état normal ; à une période avancée ils subissent la transformation fibreuse ; leur réticulum est hypertrophié, épaissi ; la substance folliculaire n'est plus distincte de la caverneuse. Les cellules endothéliales et les cellules lymphatiques renferment du pigment.

Sur un ganglion ayant subi la transformation calcaire, voici ce que nous avons pu observer : Il existe une enveloppe et un contenu bien distincts.

Le *contenu* est blanchâtre ; au centre, il a la consistance et l'aspect du mastic de vitrier ; sa périphérie est d'une dureté calcaire. L'*enveloppe*, épaisse d'un millimètre, a l'aspect d'une artère athéromateuse.

En examinant un morceau du contenu délayé dans l'eau, on voit des granulations graisseuses évidentes, des granulations réfringentes arrondies en polyédriques à angles mousses, des cristaux d'acide stéarique et de cholestérine. En traitant par l'acide sulfurique, il y a dégagement de gaz, une grande partie des granulations se détruit donnant naissance à des cristaux de sulfate de chaux ; il ne reste plus que quelques granulations graisseuses et quelques cristaux d'acide stéarique.

La paroi est formée de faisceaux de tissu fibreux circonscrivant des espaces limités par des cellules et renfermant des granulations analogues à celles du contenu. Si on traite la préparation par l'acide sulfurique, les granulations se détruisent et il se forme des cristaux de sulfate de chaux.

Adénie. — Deux cas d'adénie nous ont été communiqués. Les ganglions étaient volumineux, de consistance ferme. Dans quelques-uns, la surface de section avait une couleur uniforme blanche, lardacée, entrecoupée par des tractus fibreux ; sur d'autres, on distinguait deux colorations différentes, l'une blanche, analogue à celle des ganglions précédents, l'autre rouge intense ; ces deux colorations occupaient dans les ganglions des zones bien distinctes, elles étaient séparées l'une de l'autre par une limite brusque nettement délimitée.

Au microscope, on trouvait une formation considérable de tissu fibreux ; les ganglions étaient divisés en plusieurs

segments par des travées de tissu conjonctif renfermant un grand nombre de cellules plates volumineuses. Le réticulum; dans les points où il subsistait, était remarquable par l'épaisseur de ses fibres. Les moins volumineuses avaient un diamètre de 0^{mm}, 0025; la plupart mesuraient 0^{mm}, 0075 à 0^{mm}, 0028; les plus volumineuses circonscrivaient des espaces extrêmement étroits. — A leur surface étaient appliquées de grandes cellules plates à noyau très-distinct. On voit combien peuvent être différentes les lésions ganglionnaires qu'on observe dans les faits que les analogies de l'évolution clinique font réunir sous le titre d'adénie, — qu'il y a loin, en effet, de la transformation fibreuse, observée dans ces deux cas, à la production exagérée du tissu folliculaire qui constitue la lésion d'un certain nombre d'adénies.

Scrofule. — De ces deux exemples d'adénie, il faut rapprocher un exemple de ganglions scrofuleux, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Bergeron. Ces ganglions avaient été recueillis sur un enfant mort de coxalgie suppurée. Leur surface de section lisse avait une teinte blanche jaunâtre, uniforme; dans quelques-uns la coloration était légèrement rosée, et ils paraissaient plus vasculaires.

Par le raclage, on obtenait un suc rare, qui, dans les parties rosées, renfermait de grandes cellules plates ayant pour la plupart moins de 50 μ et renfermant un noyau ayant de 8-10 μ de diamètre. Dans les ganglions, à surface blanchâtre, on trouvait des cellules analogues ne renfermant pas de granulations graisseuses, paraissant souvent comme soudées entre elles et formant par leur réunion de petites plaques; les cellules lymphatiques, en ces points, avaient subi la dégénérescence graisseuse. Quelques-unes des grandes cellules renfermaient plusieurs noyaux.

En examinant des coupes de ces ganglions durcis par l'acide picrique, on constatait un épaississement considérable des travées; les cellules endothéliales étaient gonflées; les cellules lymphatiques, très-rares. Il n'y avait point de dégénérescence amyloïde des ganglions.

L'hypertrophie de la trame fibreuse est une lésion commune à l'adénie et à la scrofule: il existe cependant un certain nombre de signes qu'on a indiqués comme permettant toujours de distinguer l'une de l'autre ces deux affections. Dans l'adénie, les ganglions restent indépendants les uns des autres, et le tissu cellulaire qui les entoure est normal, on n'observe pas la dégénérescence caséuse; dans la scrofule, le tissu cellulaire qui entoure les ganglions s'enflamme, et la dégénérescence caséuse survient rapidement. Malheureusement cette distinction n'est pas toujours aussi facile qu'on voudrait bien

le dire, témoin le fait présenté par M. Terrillon à la Société anatomique, dans le courant du mois de juillet dernier : chez une jeune fille de 20 ans, M. le professeur Verneuil fut obligé de pratiquer l'ablation d'un chapelet de ganglions hypertrophiés qui s'étendait de l'aisselle à la région sus-claviculaire. Les ganglions avaient conservé leur indépendance, le tissu cellulaire qui les entourait était normal ; à l'examen microscopique on trouva une hypertrophie des éléments normaux du ganglion avec de la dégénérescence caséeuse. La marche avait été celle de l'adénie, les lésions étaient celles de la scrofule ; avait-on affaire à une adénie ou à une scrofule ? Quelques médecins trouveront dans la dégénérescence caséeuse une raison suffisante pour affirmer la scrofule ; pour nous, bien que considérant la transformation caséeuse comme des plus rares dans l'adénie, nous n'oserions cependant en nier la possibilité.

Carcinome. — Les ganglions cancéreux présentent habituellement une consistance plus grande qu'à l'état normal ; cette consistance est due à la transformation fibreuse qui précède le développement du carcinome. Sur une surface de section, on remarque une zone d'apparence fibreuse sur laquelle se détachent des ilots, des travées jaunâtres, c'est le point qui a subi la dégénérescence cancéreuse. Les parties dégénérées donnent, par le raclage, un suc lactescent, mais dans les ganglions, ce caractère n'a pas une grande valeur, parce que les ganglions normaux ou enflammés donnent également du suc. Une zone rougeâtre, hypérémiee, sépare ordinairement le point cancéreux du tissu ganglionnaire normal.

Les cellules, que renferme le suc cancéreux, présentent les formes les plus variables ; elles peuvent être rondes ou polygonales, fusiformes ou en raquette, avec ou sans prolongements, petites ou volumineuses, avec un ou plusieurs noyaux.

Avant que le carcinome ne se développe dans son intérieur, le ganglion subit le plus souvent la transformation fibreuse ; celle-ci se produit par un mécanisme très-simple. Les fibrilles du réticulum folliculaire et caverneux s'hypertrophient, s'épaississent ; les mailles qui les séparaient deviennent de plus en plus petites et finissent par disparaître complètement ; le tissu ganglionnaire est alors remplacé par un tissu fibreux de nouvelle formation. C'est aux dépens de ce tissu que se développe le carcinome ; ses cellules prolifèrent, se multiplient, écartent les uns des autres les faisceaux de tissu conjonctif au milieu desquels elles sont situées ainsi se trouvent formés les alvéoles cancéreux dont les faisceaux de tissu conjonctif écartés forment les parois, et les ilots de cellules proliférées,

le contenu. C'est ainsi que l'on peut voir des alvéoles très-peu développés renfermant à peine quelques cellules ou des alvéoles volumineux renfermant un nombre considérable de cellules suivant que la prolifération des cellules est plus ou moins avancée.

Entre la zone fibreuse, qui précède et limite le carcinome, et le tissu ganglionnaire normal, il existe ordinairement une zone intermédiaire où l'on observe l'hypertrophie des fibrilles du réticulum.

Dans quelques cas des hémorrhagies se produisent dans l'intérieur des alvéoles cancéreux,

Nous avons pu observer un cas de cancer colloïde ; les alvéoles étaient distendus par une masse muqueuse au centre de laquelle existaient encore quelques cellules agglomérées.

Le mode de développement que nous venons d'étudier est celui qu'on observe dans les cas où le cancer des ganglions se développe lentement, c'est de beaucoup le plus fréquent. Dans les cas où le développement du carcinome suit une marche rapide, les fibrilles du réticulum s'épaississent pour former les cloisons des alvéoles ; les cellules lymphatiques sont remplacées par des cellules plus volumineuses polymorphes.

Épithéliome. Les cas d'épithéliome qui ont été soumis à notre examen étaient pour la plupart des cas d'épithéliome pavimenteux lobulé. Immédiatement au-dessous de la capsule, on rencontrait une masse blanchâtre, granuleuse, nettement délimitée et entourée d'un cercle rouge, c'était la masse épithéliale ; souvent aussi, à quelque distance d'elle, au milieu du tissu ganglionnaire on apercevait de petits points arrondis d'apparence analogue, c'étaient les surfaces de section des prolongements de la tumeur principale.

Les cellules de la tumeur, les globes épidermiques ne différaient pas de ce qu'ils sont dans l'épithéliome pavimenteux lobulé des autres régions. — On n'observe pas dans l'épithéliome des ganglions la transformation fibreuse si remarquable dans le cancer.

L'épithéliome se développe dans la substance caverneuse ; il paraît débiter ordinairement dans les sinus, ce qui explique la situation de la tumeur principale immédiatement au-dessus de la capsule ; il envoie des prolongements dans les différentes régions du tissu caverneux. Le tissu folliculaire ne disparaît que consécutivement.

Un cas d'*épithéliome cylindrique* des ganglions nous a été présenté par M. Ollivier ; il avait été recueilli sur un malade mort d'un cancer de l'estomac, probablement d'un épithéliome

cylindrique. C'était un ganglion sus-claviculaire ; on n'avait point trouvé d'autres ganglions morbides ; ni l'œsophage, ni la trachée n'étaient malades ; il n'y avait pas de cancer secondaire des organes.

Sur une surface de section, on voyait des portions molles, blanchâtres, donnant au raclage un suc blanc, grumeleux, non miscible à l'eau. Ces portions avaient une forme arrondie, leur volume et leur consistance variaient sur les différents points ; les plus petites étaient légèrement transparentes, plus résistantes. Des coques plus ou moins épaisses, d'apparence fibreuse, résistantes, enveloppaient les parties blanches.

Le liquide obtenu par le raclage renfermait des cellules volumineuses arrondies avec un noyau très-développé.

A l'examen microscopique on voyait une trame fibreuse circonscrivant sur certains points, des cavités arrondies ou anfractueuses tapissées par un épithéliome cylindrique ; sur d'autres points, des cavités plus considérables irrégulières, dont l'épithélium était tombé et dont la cavité renfermait des cellules semblables aux cellules volumineuses du suc.

Sarcome. — M. Verneuil nous a communiqué un exemple de sarcome fasciculé. Le ganglion, qui était un ganglion secondaire sous-maxillaire, avait une forme sphérique et le volume d'une grosse noisette. Sur une surface de section, on distinguait trois zones d'apparence différente ; une centrale, blanche opaque, d'apparence caséuse ; une périphérique blanche, demi-transparente, d'apparence fibreuse ; une moyenne, moins développée que les précédentes, rougeâtre, se confondant insensiblement avec les zones voisines. La consistance générale du ganglion était fibreuse, même dans la portion centrale.

Le suc peu abondant, à peine opalin dans les parties périphériques, lactescent dans les parties centrales, renfermait des noyaux, la plupart allongés, volumineux, renfermant un ou plusieurs nucléoles brillants ; autour de quelques-uns de ces noyaux on retrouvait un protoplasma granuleux ; — des granulations grasses nombreuses surtout dans le suc de la partie centrale ; — des amas granuleux, au centre desquels on apercevait quelquefois un noyau ; quelques rares globules blancs.

A l'examen microscopique, on voit que la *partie périphérique* est formée de tissu conjonctif riche en éléments embryonnaires.

La *portion moyenne* est composée de faisceaux de cellules volumineuses, aplaties, renfermant un gros noyau fortement coloré en rouge ; ces faisceaux sont entrecroisés dans tous les sens de telle sorte qu'une coupe parallèle à quelques-uns

d'entre eux est perpendiculaire à d'autres. — La *zone centrale* est formée de travées fibreuses assez épaisses circonscrivant les espaces remplis d'éléments ayant la dégénérescence graisseuse.

Tuberculose. Deux exemples de tuberculose nous ont été envoyés, l'un par M. Cornil, l'autre par M. Verneuil.

Dans le cas de M. Cornil, les lésions étaient peu avancées. La consistance du ganglion était normale; à la coupe, sur un fond gris rosé, se détachaient de petits points blanchâtres, irrégulièrement disséminés, la plupart isolés, quelques-uns confluents; dans leur voisinage, le tissu du ganglion paraissait hypérémié.

Le suc obtenu par le raclage contenait des cellules lymphatiques et quelques cellules larges très-rares. Les granulations mesuraient de 0 m. 24 à 0 m. 4; les plus grosses avaient perdu leur partie centrale. Les portions folliculaire et caverneuse étaient bien distinctes; le réticulum n'était pas hypertrophié.

Les granulations offraient une partie centrale colorée en jaune, ayant subi un commencement de dégénérescence graisseuse; cette partie centrale était entourée d'une zone renfermant de nombreux noyaux colorés en rouge, et dont les éléments, très-serrés, étaient peu distincts; à la périphérie, une couche de grandes cellules riches en protoplasma, limitait la granulation et tranchait par sa transparence sur le tissu ganglionnaire.

Dans le cas recueilli par M. Verneuil, les lésions étaient plus avancées; les tubercules formaient des îlots caséeux au milieu du tissu ganglionnaire normal; au microscope, à la périphérie des masses caséuses, on trouvait une bande étroite renfermant un grand nombre de noyaux appartenant à des cellules fortement tassées les unes contre les autres; sur certains points, on rencontrait à la partie la plus externe de la granulation une zone transparente, fournie par des cellules volumineuses et analogues à la zone périphérique signalée dans le cas précédent.

M. Hubert nous a présenté les ganglions recueillis sur un malade mort de phlegmon diffus de la jambe. A la coupe, le tissu médullaire présentait l'aspect du tissu cellulo-adipeux enflammé. La substance corticale avait une forme de croissant, elle présentait un mélange de marbrures rouges, grises translucides, grises opaques, et des taches jaunes verdâtres manifestement purulentes; de ces taches, les unes étaient circulaires, les autres formaient des arborisations suivant la direction de la coupe. À l'examen microscopique, la substance médullaire paraît composée par un tissu cellulo-adipeux in-

filtré d'éléments inflammatoires; la substance corticale était criblée de collections purulentes, dont quelques-unes paraissaient développées le long des grosses arborisations vasculaires.

Dans un cas de *croup*, les ganglions bronchiques recueillis par M. Boéchat renfermaient de petites collections purulentes. Dans les points où le réticulum était conservé, ses travées étaient épaisses, infiltrées de globules purulents. Les parois étaient embryonnaires; l'enveloppe fibreuse, infiltrée de pus.

Fièvre typhoïde. M. J. Renaut, ayant étudié les altérations des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde, résume ainsi les faits qu'il a observés :

« Dans la fièvre typhoïde, les ganglions mésentériques présentent tous les caractères de l'adénite à ses différents degrés. Chez un sujet mort au cinquième jour ils avaient déjà subi une tuméfaction notable et l'injection des vaisseaux sanguins séparait nettement les follicules, qui paraissaient à la surface de la glande comme de petits cercles blancs entourés d'une zone rouge. La substance caverneuse paraît à cette époque beaucoup plus congestionnée que le système folliculaire, et sur des coupes transversales ce dernier se dessine en blanc mat sur le fond rouge des ganglions. A la fin de la deuxième semaine et dans le cours de la troisième les ganglions ont pris une teinte lie de vin à peu près uniforme. Si alors on racle la surface d'une coupe on obtient un suc lactescent dans lequel on trouve deux sortes d'éléments. Les uns, très-abondants, sont tout à fait identiques aux globules blancs du sang et de la lymphe; les autres sont de grandes cellules plates à noyau vésiculeux. Ces grandes cellules, qui présentent tous les caractères des cellules endothéliales des travées du ganglion, présentent souvent 2, 3 et même un plus grand nombre de noyaux serrés les uns contre les autres de telle sorte qu'elles finissent par ressembler aux cellules à noyaux multiples de la moelle des os. On trouve du reste tous les intermédiaires entre les cellules endothéliales non modifiées, contenant un seul noyau et se plissant comme des étoffes, et ces amas de noyaux contenus dans une plaque de protoplasma grenu, très-délicate et très-fragile. Sur une coupe quand on a chassé incomplètement les éléments cellulaires avec le pinceau, on voit ces cellules à plusieurs noyaux occuper la place des cellules fixes. Il est donc probable que ces éléments subissent une prolifération active dans la fièvre typhoïde comme dans l'adénie. Ces phénomènes sont surtout marqués au niveau de la substance caverneuse. »

Tels sont, Messieurs, les faits que nous avons pu observer.

Peut-être avez-vous remarqué que des lésions assez communes ne figurent pas dans cette description ; c'est que malgré des appels réitérés les faits qui nous ont été communiqués ont été rares ; et, faute de documents, nous n'avons pu donner à ce travail l'étendue et la précision que nous eussions voulu lui voir : nous devons cependant remercier ici MM. Tillaux et Verneuil pour l'empressement qu'ils ont mis à nous communiquer les pièces pathologiques qu'ils ont pu recueillir. Nous espérons que, plus heureuse que nous, la Commission, qui va nous succéder, pourra rassembler des documents plus nombreux ; nous ne doutons pas que nos collègues, sachant aujourd'hui que c'est d'eux que dépend le succès de ce travail, ne s'empressent de communiquer à nos successeurs tous les faits dont ils pourront disposer.

22. Sarcome d'une des cordes vocale : mort rapide, avec symptômes de congestion cérébrale, par MM. F. RAYMOND et LONGUET, internes des hôpitaux.

Le 30 décembre, à 4 heures du matin, on vint de la gare d'Orléans chercher l'interne de garde de la Pitié, pour un homme qui, en descendant du train, avait été pris subitement d'une syncope. On lui raconta que cet homme était arrivé par un train de nuit, qu'il était sorti du wagon, portant à la main une de ces petites chaufferettes en cuivre jaune dont on se sert maintenant, et qu'en mettant pied à terre, il s'était trouvé mal.

M. Foix le trouva étendu sans mouvement sur une des banquettes de la salle d'attente ; la face était pâle, la respiration stertoreuse, le pouls presque insensible, les quatre membres en résolution complète, la sensibilité générale absolument abolie. L'entrée de l'air dans la poitrine provoquait une sorte de ronflement qui disparut quand on eut placé le malade la tête en bas. Cette manœuvre était employée par l'interne pour savoir s'il avait affaire à une syncope simple. Mais voyant que, malgré tout, l'état syncopal persistait, M. Foix crut être en présence d'une congestion cérébrale et fit transporter le malade à la Pitié : il fut couché dans la salle Saint-Athanase (service de M. GALLARD).

À la visite du matin, vers 9 heures et demie, D... semblait dormir d'un profond sommeil. Secoué brusquement, il s'éveille et prend l'air égaré d'un homme qui se trouve sous l'influence d'un cauchemar. La face est très-pâle, les yeux sont hagards, la respiration assez régulière, très-légèrement sifflante. Le malade exécute tous les mouvements qu'on lui commande, sa sensibilité cutanée est revenue. Il a l'air profondément

étonné. Il raconte qu'il est coutelier, qu'il vient à Paris de Saint-Amand (Cher), *pour ses affaires*, mais il ne sait pas au juste le but de son voyage, car il a complètement perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé pendant le trajet. Ses réponses sont assez nettes, les mots sortent rapidement et séparés par des intervalles assez longs. *La voix est un peu affaiblie mais sans raucité*; il n'y a pas de cornage.

Après l'interrogatoire, on le fit asseoir pour l'ausculter et on lui fit exécuter une inspiration un peu forte, mais au moment où il voulut faire pénétrer l'air dans sa poitrine, il fut pris d'un étouffement violent, sa parole se voila tout-à-fait, en s'écriant : « J'étouffe, » et il se livra à quelques mouvements désordonnés, puis retomba sur son lit.

M. Gallard l'ausculta rapidement et constata quelques râles disséminés dans toute l'étendue des deux poumons : aux deux sommets il y avait, un peu de matité. Peu à peu, la face bleuit davantage, la respiration s'embarrassa, et le malade tomba dans un coma profond.

Le mot de trachéotomie fut alors prononcé, mais M. Gallard, persuadé que cet homme avait une congestion pulmonaire, repoussa l'opération. Il pensait, en l'absence de commémoratifs, en raison de la perte de mémoire, que le malade s'était mis en route après de copieuses libations, que dans le trajet il avait subi les atteintes de la chaleur émanée de sa chaufferette, et qu'à la sortie du train, l'action brusque d'un air froid avait suffi à déterminer les accidents thoraciques dont il était atteint. La trachéotomie était inutile dans le cas de congestion pulmonaire, et le malade eût-il un peu d'œdème de la glotte, le gonflement des replis aryéno-épiglottiques ne devait pas être considérable puisqu'aucun des signes qui accompagnent ce gonflement ne s'était manifesté. Tous les moyens employés contre la congestion pulmonaire furent mis en action, et malgré tous les efforts, le malade mourut à midi.

AUTOPSIE, le 1^{er} janvier 1874. — Dans l'intervalle, les renseignements pris le chez le maître d'hôtel où le malade descendait habituellement, nous apprirent que cet homme venait tous les ans se faire cautériser le larynx par M. Fauvel. Notre examen dut porter dès lors spécialement sur le larynx ; nous enlevâmes cet organe, et nous constatâmes qu'il était le siège d'une lésion manifeste.

Larynx. Si on examine l'orifice supérieur du larynx en laissant les choses en place, on voit que toute l'ouverture est obstruée par une *tumeur* arrondie, du volume d'une grosse noisette, blanchâtre, comme déprimée à son sommet par des brides cicatricielles, de consistance très-ferme, immobile. Il n'est

pas possible d'apercevoir, ni la glotte interligamenteuse, ni les cordes vocales. Le larynx étant fendu en arrière par une section verticale intéressant toute sa portion œsophagienne, on constate que la tumeur prend implantation au-dessous de la corde vocale supérieure du côté droit, sur la face supérieure ventriculaire de la corde vocale inférieure, si bien qu'à première vue, elle semble s'insérer au fond du ventricule et faire simplement saillie entre les cordes vocales. A la base de la tumeur, on voit aussi un repli qui semble au premier abord être formé par le bord libre de la corde vocale inférieure, mais cette apparence est due simplement à la rétraction des tissus sous l'influence de l'alcool dans lequel nous avons dû faire macérer la pièce. (Fig. 1^a).

Les *cordes vocales*, du côté gauche, sont absolument saines ; elles sont recouvertes et même légèrement aplaties (la supérieure surtout), par la face interne correspondante de la tumeur. Nous devons ajouter que la base d'implantation de la grosseur est très-large, que son tissu est très-ferme et que son déplacement est, sinon impossible, du moins très-difficile.

L'*examen histologique* que nous avons fait de cette tumeur, contrôlé par M. VULPIAN, nous a démontré que nous avions affaire à un sarcome à petites cellules. Dans nos préparations, nous n'avons trouvé que quelques petits vaisseaux à parois embryonnaires, pas de traces de tissu élastique.

Pour terminer ce qui a rapport à l'autopsie, nous devons dire que tous les organes thoraciques et abdominaux présentaient tous les signes d'une congestion intense, comme on la trouve dans tous les cas d'asphyxie par obstruction des voies respiratoires. La plèvre viscérale, à la base et en arrière des deux poumons, était le siège de nombreuses ecchymoses noires.

Le point le plus intéressant de cette observation est évidemment celui-ci : comment se fait-il que le malade ait pu parler avec une obstruction si considérable de la glotte ? Nous livrons cette question aux méditations des membres de la Société sans chercher à l'expliquer.

Grâce à l'obligeance de notre collègue, M. Poyet, interne des hôpitaux, nous avons pu avoir l'observation des accidents qu'a présenté antérieurement le malade dont nous présentons les pièces. Nous la joignons à notre observation pour la compléter.

Tumeur bourgeonnante du larynx, formée par un tissu analogue aux bourgeons charnus. Tumeur sortant du ventricule droit et paraissant insérée sur la face supérieure de la corde vocale inférieure du même côté.

Le 20 février 1873 le nommé D... vient consulter le D^r Ch. Fauvel pour un enrrouement remontant environ au mois de décembre 1872.

M. D... est brun, maigre, d'une bonne constitution ; sa santé générale bonne, il n'a pas maigri et n'éprouve aucune souffrance dans la région du cou. Sans son aphonie, il se trouverait parfaitement bien.

Le malade se rappelle qu'assez longtemps avant la date indiquée, il ressentait déjà un peu de gêne dans l'émission des sons élevés, et que sa voix, en général, était un peu voilée. Il attribua cette légère dysphonie à un rhume violent dont il fut atteint au mois de mars 1872. Ce n'est qu'au mois de décembre qu'il s'aperçut que sa voix allait progressivement en décroissant. Elle devint d'abord plus grave, puis plus rauque, enfin elle s'éteignit presque complètement et le 20 février, jour où nous observons le malade, il ne parle qu'avec une voix de chuchotement de telle sorte qu'il est impossible à une distance de 3 mètres environ de distinguer ce qu'il dit. La respiration a toujours été facile bien que le malade fasse entendre pendant l'inspiration un léger bruit de cornage. Il peut encore monter un escalier, courir sans avoir aucun phénomène inquiétant de suffocation. A l'auscultation, nous ne trouvons rien au cœur, ni à la poitrine, un peu d'expiration prolongée seulement aux deux sommets. A l'auscultation du larynx pas de bruit de drapeau ou de soupape, inspiration rude. Le malade ne tousse pas, n'a jamais craché de sang et n'a dans le larynx aucune sensation de corps étranger. Sentiment de pesanteur au niveau de la fourchette sternale. Aucun antécédent syphilitique.

Au début de l'affection, le médecin du malade crut à une simple pharyngite granuleuse et le traita en conséquence. A partir du mois de janvier, l'enrouement faisait de sensibles progrès ; il lui conseilla l'usage des pulvérisations d'eau sulfureuse. Dès les premières inhalations la voix s'éteignit complètement. Le malade se décida alors à venir consulter le D^r Fauvel.

Au laryngoscope, on trouve une tumeur arrondie, légèrement bosselée, de la grosseur d'une forte noisette, paraissant sortir du ventricule droit, recouvrant toute la corde vocale inférieure du même côté et la plus grande partie de la corde inférieure gauche, même pendant les plus grandes inspirations. En arrière de la tumeur, on aperçoit un certain espace libre par lequel se fait la respiration. La corde vocale supérieure droite est très-bombée et paraît être repoussée en haut par une portion de la tumeur qui serait intraventriculaire.

Les mouvements de cette tumeur sont très-limités, son pédicule, ou pour mieux dire son point d'implantation qui doit être très-large, ne lui permet pas de descendre dans la trachée, ce qui explique la facilité avec laquelle l'air peut circuler au-dessous d'elle. La muqueuse qui la recouvre est rouge, et semblable à celle qui recouvre les cordes vocales supérieures tout en paraissant être plus tendue, plus luisante et plus mince. Quelques vaisseaux dilatés sillonnent la tumeur ; en la touchant avec une tige rigide, on reconnaît qu'elle est d'une résistance assez grande et élastique. M. Fauvel pense à une tumeur mélicérique ou à une tumeur fibreuse. L'état général du malade, son âge, l'absence de ganglions sous-maxillaires firent qu'il ne songea pas d'abord à une tumeur de mauvaise nature.

21 et 22 février. Le malade est mis à l'usage du bromure de potassium à haute dose et pendant deux jours on lui fait des attouchements du larynx avec une tige d'acier, attouchements qu'il supporte du reste très-bien.

23. Il demande à toute force à être débarrassé de sa tumeur. Le même jour avec une de ses pinces à polype laryngien, M. Fauvel lui enlève en 14 fois la presque totalité de la tumeur. Dès l'arrachement du 3^e morceau la voix est revenue, très-rauque il est vrai, mais pouvant se faire entendre à distance. Les morceaux enlevés sont de diverses grosseurs : les uns comme des grains de chénevis, les autres comme de gros pois. Ils ont un aspect spongieux ; ils sont creusés de loges et de vacuoles et ne ressemblent en rien aux tumeurs papillaires qu'on trouve si fréquemment dans le larynx.

L'arrachement n'a causé aucune douleur au malade, et l'écoulement de sang a été presque insignifiant : la voix est assez bonne quoique rauque ; on peut voir les 2 cordes vocales inférieures dans toute leur étendue. La gauche est complètement saine, la droite est toute saignante dans son tiers antérieur, surtout très près de l'épiglotte. Une partie de la tumeur sinon la tumeur entière s'insérât donc à ce niveau.

24 et 25. La voix est meilleure que le jour de l'opération. On arrache encore quelques petites portions du pédicule de la tumeur sur lequel on ne fait pas de cautérisations, le malade étant obligé de repartir pour son pays. Voulant savoir au juste à quoi s'en tenir sur la tumeur, M. Fauvel en envoie un morceau à M. le D^r Cornil. Nous donnons ici le résultat que lui donna son examen histologique.

- La pièce a été évidemment tenaillée et déchirée. La tumeur n'avait pas une forme régulière (un morceau seul avait été envoyé) et elle n'était pas limitée à sa surface par un revêtement d'épithélium pavimenteux, comme cela est la règle, probablement parce que cette couche n'avait pas été respectée. Comme la tumeur était bien durcie par l'alcool, j'ai pu en faire des sections suivant diverses directions sur lesquelles on remarquait cette absence de revêtement épithélial, et il n'y avait pas non plus de forme rappelant les papilles et végétations si communes dans de pareilles tumeurs.

- Le tissu morbide était composé de cellules embryonnaires, petites, à un ou deux petits noyaux et de fibres de tissu conjonctif servant de soutien aux vaisseaux. Ces vaisseaux nombreux, très-développés, à parois minces et embryonnaires, avaient laissé passer des globules rouges, car il y avait des points d'infiltration de la tumeur par du sang (ces globules s'étaient-ils épanchés pendant la vie ou par suite du procédé opératoire employé ?)

- En résumé, tumeur bourgeonnante formée par un tissu analogue aux bourgeons charnus, composée par des tissus embryonnaires de formation récente et d'accroissement assez rapide.

24 avril 1873. M. Fauvel reçoit une lettre de M. le D^r Bounichon, médecin du malade à Saint-Amand, lui disant que l'examen laryngoscopique lui a fait constater sur la corde vocale inférieure droite qui est toujours rouge un petit morceau de la tumeur dont il ne spécifie pas les dimensions. Du reste le malade va bien, parle à haute voix et peut continuer ses affaires. En juin et juillet, M. le D^r Bounichon constate que la tumeur s'accroît très-rapidement. Le malade revient trouver M. Fauvel au mois d'août.

La tumeur est moins volumineuse que lors du premier examen et cependant la respiration est plus gênée. On lui propose la trachéotomie qu'il refuse énergiquement. Nouveaux arrachements de parties de la tumeur. Section

d'un gros morceau le 8 septembre avec la guillotine de Storck (de Vienne.).

17. Arrachement d'un gros morceau avec des pinces, la voix qui était très-mauvaise redevient assez bonne. La corde, quoique rouge et gonflée paraît être débarrassée; pendant dix jours, cautérisation avec une solution d'acide chromique au 10^e.

Le malade repart à Saint-Amand avec une voix rauque, mais la respiration est libre. Il revient à Paris le 3 novembre; la voix est complètement éteinte; il a des accès de suffocation assez intenses. Nouvelle proposition de trachéotomie repoussée encore une fois. Arrachement de quelques petits morceaux de la tumeur qui permettent à la respiration de se rétablir. Cautérisation avec l'acide chromique.

On propose au malade les cautérisations avec le galvano-cautère. Il accepte mais veut aller mettre ordre à ses affaires, la fin de l'année approchant. Au moment où il repart, la voix est très-rauque et ne peut être entendue de loin.

10 et 13 décembre. Sa tumeur augmentait si rapidement de volume que son médecin crut devoir faire des cautérisations avec l'acide acétique. Alors la respiration du malade était de plus en plus gênée.

Le 29 décembre, son médecin écrit que M. T.... va partir pour Paris; la tumeur dit-il, est grosse comme une bonne cerise et gêne la respiration surtout la nuit. Par une autre lettre du 3 janvier, M. Fauvel apprend la mort de M. D.... par asphyxie.

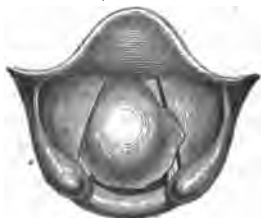


Fig. 1
Tumeur du larynx.

Cette pièce et l'observation du malade ont été aussi présentées à la *Société de médecine de Paris* (séance du 10 janvier) par M. Gallard. M. Krishaber qui a vu aussi le polype a fait part à M. Gallard de quelques observations qui peuvent être ainsi résumées :

On sait, depuis déjà un certain temps, que les grosses tumeurs polypeuses du larynx n'atteignent pas nécessairement la voix; le premier auteur qui ait fait cette remarque est Czermack; M. Krishaber en a lui-même rencontré plusieurs exemples.

Il est probable, que dans notre cas particulier, d'après M. Krishaber, la tumeur pendant la phonation se déplaçait en haut et que les vibrations d'une des cordes vocales pouvaient s'effectuer normalement, tandis que sur l'autre, les vibrations étaient plus ou moins éteintes; on sait que, quand une corde vocale est paralysée, la voix devient sourde, comme elle l'était chez notre homme.

22. Kyste de l'ovaire, dégénérescence fibreuse de la paroi,
par J. DAVE, interne des hôpitaux.

Mercier, Catherine, veuve Faye, âgée de 87 ans, admise à la Salpêtrière depuis 1854, entre à l'infirmerie (service de M. LUYs), salle Saint-Jean, n° 10, le 6 janvier 1874. Cette malade est entrée à la Salpêtrière, dans une section d'incurables, pour une tumeur abdominale qui, paraît-il, fut ponctionnée il y a quinze ans. Depuis, elle était considérée comme guérie et ne présentait plus que diverses hallucinations.

6 janvier. — Elle a un étourdissement et tombe de son lit. C'est à la suite de cette chute qu'elle fut admise à l'infirmerie. Déjà très-affaiblie, elle meurt le 20 janvier.

AUTOPSIE. — Ventre conique : le sommet du cône répond à l'ombilic. La région est occupée par une tumeur dure, mobile avec la paroi abdominale. Le ventre ouvert, on aperçoit une tumeur fibreuse, très-dure, du volume des deux poings, reliée à la paroi abdominale par des adhérences assez serrées ; sa forme conique a déterminé celle du ventre. A la base du cône, la partie dure de la tumeur se continue avec un kyste uniloculaire, à parois épaisses, contenant environ un litre de sérosité citrine. L'analyse chimique y décèle, outre l'eau, un peu de fibrine, beaucoup d'albumine et de chlorure.

De la paroi postérieure de la tumeur partent deux pédicules : l'un formé par les vaisseaux utéro-ovariens droits, se dirige en haut ; l'autre, par la trompe droite et les mêmes vaisseaux, relie la tumeur à la corne utérine du même côté. *L'ovaire droit* a complètement disparu et se trouve remplacé par la tumeur. — *L'ovaire gauche* est sain. — *L'utérus* est rempli d'environ 50 grammes de sérosité purulente. — Le col est oblitéré.

23. Sarcome périostique de l'extrémité inférieure du radius,
par M. BELLON, interne des hôpitaux.

Cette tumeur s'est développée, il y a huit ans, chez un homme bien portant, exempt d'antécédents héréditaires diathésiques et n'ayant jamais eu la syphilis. Il s'en aperçut pour la première fois à une douleur assez vive éprouvée pendant un mouvement de torsion du bras : celui-ci gonfla un peu, on considéra d'abord la lésion comme une simple entorse, puis comme une arthrite, enfin comme une tumeur blanche. C'est dans ces conditions qu'il vint à Paris consulter M. Dolbeau, qui reconnut l'existence d'une tumeur sarcomatique et qui pratiqua la désarticulation du coude.

La tumeur, disséquée, a le volume d'un œuf de poule ; elle part de la face antérieure du radius, à 2 centimètres environ

au-dessus de l'épiphyse. Malgré ses rapports intimes avec l'articulation du poignet, celle-ci est saine et les surfaces articulaires intactes. Du reste, les mouvements de la jointure étaient toujours restés possibles. La tumeur, sectionnée, montre un tissu mollasse, rougeâtre, presque pulpeux.

M. GILLETTE. Cette tumeur peut être rapprochée des trois pièces analogues présentées il y a quelque temps à la Société. Dans tous ces cas, on a passé par toute la série des diagnostics, depuis l'entorse jusqu'à l'arthrite fongueuse. Ici, il me semble que la tumeur a débuté dans l'intérieur de l'épiphyse et s'est développée en respectant le cartilage. Elle a, en effet, une forme ovoïde régulière, et paraît entourée de lamelles un peu résistantes, qui appartiennent, je crois, à la coque osseuse.

M. TRÉLAT. Je pense que ce fait n'échappe pas à la règle habituelle, qui veut que ces tumeurs aient le périoste pour point de départ. Effectivement, ici, la tumeur est manifestement développée aux dépens de la face antérieure du radius, et de plus, dans les sarcomes périostiques, on trouve souvent des plaques osseuses, des ostéophytes, qui sont le résultat de l'irritation ostéogénique du périoste.

Dans le cas où la tumeur siège aux avant-bras et à la jambe, un assez bon signe de son développement est la tendance à l'écartement qui se manifeste entre les deux os, et cela, à une période où le diagnostic est encore fort difficile. J'ai pu, dans un fait de ce genre, poser le diagnostic, à cause de la distance qui séparait le tibia du péroné.

24. Ancien foyer hémorrhagique de la partie supérieure de la couche optique droite, chez une enfant idiote, par M. STOICESCO, interne des hôpitaux.

L. Nachard, âgée de quatre ans et demi, est reçue pour une double broncho-pneumonie, le 6 janvier de cette année, dans le service de M. le docteur BOUCHUT, à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Catherine, n° 39. — Cette enfant, complètement idiote, n'a jamais parlé ni pu marcher ou même se tenir sur les jambes.

D'après les renseignements donnés par la mère de l'enfant, la petite malade paraît avoir eu pour la première fois, il y a dix mois, des convulsions. Dix jours avant son entrée dans le service, — au début de sa broncho-pneumonie, — elle eut de nouveau des convulsions, qui se sont répétées quatre fois pendant toute la durée de sa maladie. — Nachard n'a jamais fait

d'autres maladies. Le père, la mère et les autres enfants de la famille se portent bien.

A son entrée dans le service nous constatâmes, en dehors des signes de la bronchopneumonie — qui l'emporta après deux semaines de traitement, — une faiblesse dans les membres inférieurs ; les mouvements dans le membre droit se faisaient sans difficulté, tandis que dans le gauche ils étaient lents et difficiles. — L'insensibilité et les mouvements réflexes étaient intacts. — Rien d'anormal dans le membre supérieur droit ; le gauche était paralysé en conservant néanmoins sa sensibilité. — Aucune contracture dans les muscles des membres soit supérieurs soit inférieurs.

Pas de paralysie des muscles de la face ; un strabisme convergent de l'œil droit, divergent à gauche, la vue était bonne. — L'aspect de la petite malade était tout à fait égaré. — L'enfant succomba le 20 janvier.

AUTOPSIE, trente-six heures après le décès. — Le *crâne* symétrique, les sutures, de même que les fontanelles, sont complètement soudées. Les parois du crâne sont très-épaisses. La *dure-mère* a une apparence normale ; la *pie-mère* est un peu congestionnée. Pas d'adhérences des méninges aux circonvolutions cérébrales, qui sont aplaties par un œdème considérable, gélatiniforme, opalescent, recouvrant uniformément les deux hémisphères ; après l'effusion de la sérosité, les circonvolutions offraient complètement l'aspect d'un intestin de lapin. A la palpation, la consistance de la substance cérébrale du lobe gauche ne présentait rien d'anormal ; celle du lobe droit était ferme, résistante, donnant tout à fait la sensation d'un cerveau cuit.

En faisant progressivement des coupes, on tombe, au-dessus de la *couche optique droite*, sur une tumeur longue de deux et large de un centimètre et demi environ, elle avait l'aspect et les caractères extérieurs d'un tubercule ; en l'incisant, on trouve une cavité vide, dont les parois, lisses, n'offrent aucune coloration anormale ; quelques brides très-minces vont d'une paroi à l'autre ; l'intérieur du foyer pouvait loger une amande de grosseur moyenne. — Rien dans les ventricules. — Rien aux autres organes, sinon les lésions anatomiques de la bronchopneumonie dans les deux poumons.

M. CHARCOT. Anatomiquement, cette poche ressemble complètement à un foyer hémorragique linéaire. Toutefois il est étonnant que la paroi du kyste ne présente pas la teinte ocreuse habituelle en pareil cas.

M. PARROT. Il n'est pas rare de trouver chez de très-jeunes enfants de petites hémorragies siégeant symétriquement

dans le sillon qui sépare le corps strié de la couche optique, en général au niveau de la veine du corps strié. Ces hémorragies sont sous-épendymaires. Il serait possible que la lésion actuelle, qui est de date ancienne, fût le reliquat d'une hémorrhagie de ce genre.

M. GIRALDÈS demande quelle était la conformation du crâne chez cette enfant.

M. STOICESCO. Elle était régulière, mais les os étaient très-épais.

25. Arrachement du pouce, par M. ANDRAL, interne des hôpitaux.

M. ANDRAL montre le pouce d'un homme qui, pris entre la corde et la gorge d'une poulie, eut le doigt complètement arraché. La section des téguments est nette au niveau de la première phalange; mais le tendon extenseur a résisté, et il a été arraché sur une très-grande longueur. La portion tendineuse ainsi enlevée ne mesure pas moins d'une vingtaine de centimètres.

Le Secrétaire : RENDU.

FÉVRIER 1874.

[Séance du 6 février.]

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Corps fibreux de l'utérus éliminé spontanément, par M. HYBRE, interne.

M. HYBRE présente une tumeur fibreuse énorme qui a été spontanément éliminée par une femme du service de M. DEMARQUAY. Au moment où cette malade entra à l'hôpital, la tumeur avait déjà franchi en partie l'orifice vulvaire et pendait entre les jambes. Au bout de quelques jours, elle se détacha spontanément, et le surlendemain, une nouvelle portion sphacélée s'élimina à son tour.

Ce fibrome, dans sa totalité, dépasse le volume d'une tête d'adulte : il a plus de 25 centimètres de diamètre et pèse 2 kilogrammes 425 grammes. Le tissu en est ferme et aéro-laire ; les mailles sont infiltrées de sang. Du reste, l'élimination s'est accomplie sans provoquer la moindre hémorrhagie.

M. NICAISE demande quel était le point d'implantation de la tumeur, car, avec de telles dimensions, il semble impossible qu'elle eût pu traverser le détroit supérieur du bassin.

M. HYBRE. Le pédicule était situé sur une des lèvres du col : quant à l'utérus, on ne le sentait pas et il ne semble pas aujourd'hui avoir augmenté notablement de volume.

2. Tumeur développée dans la fosse cérébelleuse droite, en dedans de la dure-mère, comprimant le cervelet et la protubérance et ayant donné lieu à des symptômes d'hémiplégie droite. Observation rédigée par M. COSSY, interne des hôpitaux et M. LORREYTE, externe des hôpitaux.

Listeau (Jacques), 57 ans, charpentier, est entré le 28 février 1873 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 16 (Service de M. MILLARD.)

Antécédents. — Ni syphilis, ni excès de boisson ; n'a jamais eu de maladie grave. Il y a dix-huit mois, il a commencé à éprouver des vertiges et une douleur très-vive, occupant surtout la moitié de la tête. Deux ou trois mois plus tard survient une *faiblesse du bras droit*, accompagnée de tressaillements dans les muscles de ce membre. La jambe correspondante ne présente encore à cette époque aucun trouble de la motricité.

Malgré ces accidents, le malade continue à exercer son état. Vers la Toussaint (1872), il est pris, à Aubervilliers, au milieu de son travail, d'un éblouissement qui dure un quart d'heure et pendant lequel il lui est impossible de répondre aux questions qu'on lui adresse, bien qu'il les entende et les comprenne. Quelques jours plus tard, le même phénomène se reproduit.

Le 1^{er} janvier 1873, nouvel éblouissement, cette fois avec perte de connaissance. Dès ce moment, la marche devient difficile et le malade cesse de travailler. Vers la fin du mois de janvier, sur le conseil d'un médecin, un cautère est appliqué à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

A son entrée à l'hôpital, le malade accuse une douleur très-vive au-dessus de l'œil droit et dans la joue correspondante. Il voit, dit-il, un arc-en-ciel avec l'œil droit. La lumière le fatigue beaucoup. Il entend mieux de l'oreille gauche que de la droite.

Quand on l'interroge, il répond d'une façon peu intelligible. Ce n'est ni du bégaiement ni de l'aphasie. Les paroles sont mal articulées. Il semble que la langue ait de la peine à se mouvoir dans la cavité buccale. Elle n'est cependant pas paralysée. Le malade peut la porter en haut, en avant, sur les côtés. Elle est seulement le siège d'un léger tremblement fibrillaire.

Les muscles masticateurs sont bien contractés. Le goût paraît intact ; mais le malade dit que pendant deux ou trois mois il a trouvé les aliments insipides. Il déclare en outre, que, durant un certain temps, il n'a pu manger que du côté gauche ; les aliments s'accumulaient dans le sillon qui sépare la joue de l'arcade dentaire du côté droit et il était obligé de les ramener avec ses doigts vers la langue. Il existait en outre un écoulement involontaire de salive. Ce dernier phénomène existe encore aujourd'hui, bien qu'à un plus faible degré. Les traits se dévient légèrement vers la gauche, quand on invite le malade à contracter les muscles de la face.

La main droite est plus faible que la gauche. Elle ne serre les objets que par saccades ; ses mouvements manquent de précision. On note également un *affaiblissement très-marqué du membre inférieur droit*. La marche est chancelante ; à chaque

pas, la jambe est portée dans l'abduction et traîne légèrement sur le parquet.

La sensibilité est intacte dans les parties où le mouvement est amoindri. On n'observe ni anesthésie, ni hyperesthésie; il n'y a jamais eu ni engourdissement, ni fourmillement dans les membres. Aucune idée de grandeur. Les facultés intellectuelles ne sont pas atteintes, sauf peut-être la mémoire qui paraît obscurcie. Aucun trouble de la miction, ni de la défécation. L'appétit est conservé et les digestions se font très-bien. Le sommeil n'est pas agité; il se prolonge outre mesure. Le malade dort toute la nuit et une grande partie de la journée. Le cœur est sain. Les artères sont athéromateuses.

5 mars. Séton à la nuque.

7 mars. La céphalalgie est très-vive: il semble au malade qu'on lui enfonce des aiguilles dans la joue droite. On prescrit: iodure de potassium, 1 gr.

9 mars. Hoquet. — Iodure de potassium, 1 gr. 50. — Le 17 mars, 2 g. d'iodure de potassium; — le 24, 2 gr. 50; — le 7 avril; 3 gr.

8 avril. Bourdonnements d'oreilles très-forts. Surdité. Vue trouble. Sinapismes sur les membres inférieurs.

14 avril. Iodure de potassium, 3 gr. 50; — le 20, 4 gr.; — le 23, 4 gr. 50; — le 27, 5 gr.

1^{er} mai. Iodure de potassium, 5 gr. 50; — le 4, 6 gr.

10 mai. Etat général excellent. La céphalalgie a diminué un peu; la marche paraît plus facile. Suppression de l'iodure.

4 juin. La faiblesse des membres inférieurs a augmenté. Le malade marche difficilement et à pas pressés. Avant, il pouvait aller aux cabinets sans soutien; il est obligé maintenant de s'appuyer sur une chaise. Douleur très-vive dans la tête, surtout du côté droit.

9 juin. Iodure de potassium, 1 gr.; — le 16 juin, Iodure de potassium, 2 gr. La céphalalgie a diminué depuis 8 jours. — 20 juin. Iodure de potassium 2 gr. 50. — Le 24, 3 gr.

5 juillet. Iodure de potassium, 5 gr. 50; — le 16, 4 gr.; — le 25, 4 gr. 50.

Le 3 août, 5 gr.; — le 9, 5 gr. 50; — le 14, 6 gr.; — le 22, 6 gr. 50. La céphalalgie est presque nulle. La marche est toujours difficile. — 3 sept. L'iodure de potassium est supprimé.

24 octobre. Hier, dans la journée, à deux reprises différentes, roideur tétanique de tout le corps, puis convulsions cloniques. La durée de chacune de ces attaques a été de cinq à 6 minutes. Elles ne se sont pas accompagnées de perte de connaissance.

Les 23, 26, 27, 28 octobre, ces attaques se renouvellent. La marche est pénible; le malade ne peut plus marcher qu'en se

tenant aux murailles. Il existe toujours un certain degré d'hémiplégie droite. Aucun trouble de la sensibilité, si ce n'est peut-être dans la moitié droite de la face qui présente un peu d'anesthésie. La parole est de plus en plus embarrassée. La pupille droite est plus rétrécie que la gauche.

7 novembre. Pendant le pansement du séton, le malade qui était assis sur son lit, tombe subitement dans le décubitus dorsal. Les deux mâchoires sont fortement appliquées l'une contre l'autre par la contraction des muscles élévateurs du maxillaire inférieur. La tête est dans l'extension et les muscles de la nuque fortement tendus. Le malade paraît comprendre les questions qu'on lui adresse; il fait des efforts pour parler; mais il ne peut émettre que des sons inarticulés. La contracture ne gagne pas les muscles des membres. Cet état dure trois ou quatre minutes.

17 nov. Impossibilité de marcher seul, même avec l'appui d'une chaise. Mouvements désordonnés de la jambe droite qui se soulève difficilement et retombe brusquement sur le parquet.

1^{re} déc. Le moindre contact excite des mouvements réflexes très-violents dans tout le corps, surtout dans les membres inférieurs. C'est à grand'peine que le malade parvient à s'asseoir sur son lit et à rester dans cette position pour le pansement du séton. Il se plaint de violents bourdonnements d'oreilles.

26 déc. La salive n'est retenue que difficilement. Elle s'écoule d'une façon presque continuelle et vient mouiller la chemise du malade. Ce dernier peut à peine manger seul. Il répand ses aliments sur son lit et cela est dû autant à l'irrégularité qui préside aux mouvements de ses mains qu'à l'affaiblissement des muscles, des joues et des lèvres.

Il faut que le besoin d'aller à la selle soit satisfait dès qu'il se fait sentir, sans quoi il y aurait expulsion involontaire des matières fécales. L'urine peut être retenue plus longtemps. Pas d'amaigrissement; pas de troubles des fonctions digestives. Tous les actes de la vie végétative s'exécutent très-bien.

Janvier 1874. — Le malade ne présente plus d'attaques. Les autres symptômes décrits ci-dessus persistent; paralysie incomplète du côté droit; parole embarrassée, écoulement de salive continu. — Mort le 5 février.

AUTOPSIE faite le 6 février, à 8 heures, par M. Cossy. A l'ouverture du crâne il s'écoule du sang en assez grande abondance.

La dure-mère ne présente rien d'anormal. La fente du cervelet se laisse facilement couper et ne présente aucune adhérence du côté droit par ses faces profondes. Mais après avoir

coupé cette membrane du côté droit, on voit une tumeur faire saillie au-dessous d'elles et paraissant avoir refoulé le cervelet. Cette tumeur est hérante à la dure-mère au niveau du trou auditif interne, mais ces adhérences sont peu solides et sont facilement déchirées.

L'encéphale ayant été extrait de la boîte crânienne, on peut voir au niveau de la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère cérébelleux droit, une tumeur volumineuse, d'apparence jaunâtre et d'aspect assez analogue à celui de la substance cérébelleuse ; cette tumeur est bosselée ; elle ne fait pas corps avec le cervelet, mais elle paraît s'être creusée une loge dans cet organe, dont elle est séparée par une membrane kystique, ce qui permettrait de l'énucléer.

Cette tumeur comprime non seulement l'hémisphère cérébelleux droit d'avant en arrière et de haut en bas, de telle sorte que cet hémisphère paraît atrophié, mais elle comprime aussi d'une façon remarquable la moitié droite de la *protubérance*, considérablement aplatie à ce niveau.

La *pyramide droite* paraît moins volumineuse que la gauche et est atrophiée. Les *nerfs pneumogastrique* et *glosso-pharyngien droits* sont aplatis et atrophiés à leur origine.

Les *nerfs facial* et *auditif* droits ont été arrachés au niveau de leur origine apparente. Mais si l'on examine le rocher au niveau du trou auditif interne, on voit que le *facial droit*, très-atrophié, est adhérent et accolé sur une assez grande étendue à la dure-mère. Cette lésion du facial est d'autant plus remarquable, qu'on n'a remarqué aucune paralysie de l'*orbiculaire* pendant la vie. Les *nerfs optiques* ne présentent pas de lésions appréciables à l'œil nu. — Le *cerveau* ne présente aucune altération. Épanchement ventriculaire assez abondant. — *Cervelet*, normal. — *Dure-mère* normale.

La *tumeur cérébelleuse* présente à la coupe, l'apparence d'un tissu jaune parsemé de points et de lignes d'une teinte *rouge violacée* ; on dirait de petits épanchements sanguins.

Rachis. L'*arachnoïde* présente dans la région dorsale, sur la face antérieure de la moelle, quelques plaques de consistance cartilagineuse, d'aspect blanc-bleuâtre. — *Moelle*. Pas d'altérations appréciables à l'œil nu.

Poumons et *reins* fortement congestionnés. — *Rate, foie*, sains.

M. CHARCOT. La relation de ce fait est fort intéressante. On connaît certains cas où une tumeur de la base de l'encéphale a donné lieu à une paralysie directe, et non croisée, et Brown-Séquard a recueilli quelques observations de ce genre : l'une d'elles a été publiée dernièrement dans son journal. Il est

très-remarquable également que la douleur dont le point de départ était occipital, eût pour siège la région frontale ; enfin, on doit noter que chez ce malade il n'y avait pas de tendance aux mouvements giratoires. Je demanderai au présentateur si, en raison du siège de la tumeur, il n'y avait pas de déviation de la langue, ou même d'atrophie unilatérale de la langue.

M. Cossy. Le malade pouvait mouvoir sa langue en tous sens, mais il me semble que, quand il la tirait, elle se déviait plutôt du côté droit.

3. Grossesse compliquée d'un corps fibreux de l'utérus. — Accouchement à terme spontané d'un fœtus macéré. — Métropéritonite consécutive. — Mort. — Par M. RIGABERT, externe des hôpitaux.

Fau... Eugénie, 27 ans, domestique, est entrée le 7 janvier 1874, à l'hôpital Cochin (service de M. POLAILLON). — Cette femme est amenée à la maternité de Cochin par une sage-femme de la ville, chez laquelle elle se trouvait depuis deux jours pour y accoucher.

Elle nous raconte que cette sage-femme, après diverses manœuvres qu'elle ne peut préciser, a rompu la poche des eaux ; puis se voyant au bout du deuxième jour dans l'embarras (6 janvier 1874) et trouvant que l'accouchement tardait à se faire, elle fit appeler successivement deux médecins. Ces derniers ont conseillé à la sage-femme de faire admettre sa malade à la Maternité : dans la soirée et la nuit du 6 janvier elle avait eu des vomissements bilieux abondants. Elle nous dit ne pas souffrir fortement, mais éprouver un malaise général. Elle affirme que depuis deux jours elle n'a pas ressenti de contractions utérines.

Examen de la malade. — Résultats peu précis par la palpation. A l'auscultation, on ne perçoit en aucun point les battements du cœur fœtal. Par le toucher vaginal, on sent une dilatation du col répondant en moyenne à la circonférence d'une pièce de deux francs. C'est la tête qui se présente et l'occiput est à gauche et en avant. Par le toucher vaginal, on sent aussi que les deux pariétaux chevauchent fortement l'un sur l'autre. La vulve exhale une odeur infecte ainsi que le doigt qui a servi à l'exploration.

A une heure de l'après-midi, l'accouchement se fait spontanément : l'enfant est macéré et les os pariétaux sont fortement ramollis ; ce fœtus exhale une odeur nauséabonde.

Le cordon est altéré, il se casse au moment où l'on opère des

frictions pour faire la délivrance : à ce moment survient une hémorrhagie assez abondante, la main est alors introduite dans l'utérus pour faire la délivrance artificielle; le placenta, non encore décollé, est retiré en entier. — 7 *janv.*, *soir*. Légère hémorrhagie. — 8 *janv.*, *soir*. Frisson violent.

9 *janvier*. — Nuit très-mauvaise: ce matin le ventre est ballonné, douloureux à la moindre pression, langue sale, soif vive, pouls petit.

10 et 11 *janvier*. — Etat général de plus en plus mauvais. Vomissements bilieux. — Mort le 12, à 9 heures du matin.

AUTOPSIE faite le 13 janvier. — *Cavité thoracique*. *Poumons* sains. Légère congestion de la base. Le *péricarde* renferme environ 150 gr. de sérosité.

Cavité abdominale. — Elle renferme environ 1,500 gr. de pus. Les intestins sont agglutinés et recouverts par places de fausses membranes assez épaisses. Ballonnement considérable de l'estomac. — Hypertrophie du *foie* qui est grasseux à la coupe. *Rate* et *reins*, rien.

Utérus. — Sa face externe est couverte de fausses membranes: il a la forme d'un cœur de carte à jouer; la partie droite résiste à la pression, la partie gauche se laisse déprimer facilement. Une coupe est faite dans le sens transversal: à droite, cette coupe divise en deux portions un corps fibreux dont la partie centrale est en voie de ramollissement. Le doigt, introduit dans le col, vient rencontrer la partie gauche de la tumeur fibreuse. A gauche la muqueuse utérine est vivement congestionnée: par des coupes successives, les sinus utérins donnent issue à du sang noirâtre, la trompe droite renferme également du pus. Lymphangite du côté droit.

RÉFLEXIONS. — De la relation de ce fait, il résulte que la présence du corps fibreux, non-seulement n'a pas déterminé l'avortement, mais encore il n'a pas été besoin de manœuvres particulières pour hâter l'accouchement. Toutefois on peut expliquer, la longueur du travail et la compression des pariétaux du fœtus, par la présence au niveau du col de l'utérus, d'une partie de la tumeur fibreuse qui mettait obstacle au passage.

Il est certes évident, en outre, que la présence d'un fœtus macéré, les différentes manœuvres faites par la sage-femme et qu'on ne peut préciser, la délivrance artificielle, doivent entrer pour compte dans le développement de la métrite-péritonite.

Quant au ramollissement de la partie centrale de la tumeur fibreuse, on peut jusqu'à un certain point, l'expliquer par la compression sur elle de la tête du fœtus dans l'utérus.

4. Hernie crurale étranglée. — Perforation de l'intestin malgré la grande largeur du collet et de l'anneau crural, par M. ZAMBIANCHI, interne.

Le 3 février au soir, on apporte à l'hôpital Necker, dans le service de M. GUYON, une vieille femme de 70 ans, qu'on vient de trouver seule dans sa chambre dans un état voisin de l'agonie. — Elle porte une hernie crurale gauche, aussi volumineux qu'une tête de fœtus; la hernie existe depuis 43 ans, elle est étranglée depuis 10 à 12 jours, et aucun taxis n'a été fait. La malade meurt une demi-heure après son arrivée.

AUTOPSIE le 5 février. La peau qui recouvre la tumeur est excessivement mince, le derme est uni intimement à la paroi fibreuse du sac, sans tissu cellulaire interposé. — Dans le sac s'est épanchée une petite quantité de liquide stercoral, depuis peu de temps sans doute, car la péritonite suraiguë qui se produit dans ce cas n'a pas encore eu le temps de devenir exsudative. La masse herniée ne contient pas d'épiploon, mais une anse intestinale très-longue, formant plusieurs replis, adhérent au sac dans une partie de sa longueur. — Cette anse est tendue, vivement injectée; mais les tuniques ne sont pas épaissies; il n'y a pas d'exsudat à la surface ni de l'intestin, ni de la paroi du sac on ne trouve pas cette infiltration sanguine des tuniques qui se produit lorsqu'il y a eu un taxis trop violent, ni le liquide sanguinolent que le sac renferme après les mêmes manœuvres. — Le collet est très-large, on peut y passer les quatre doigts de la main à côté de l'intestin; et cependant un des bouts de l'intestin, le bout supérieur, est coupé presque complètement de façon que le liquide stercoral s'est répandu un peu dans le sac et largement dans la cavité abdominale. Les parties voisines de cette section qui correspond au collet ne présentent pas l'apparence de gangrène; la section paraît toute mécanique, par usure des tuniques. Le bout supérieur, resté dans l'abdomen, était très-distendu, rempli d'une grande quantité d'un liquide jaune très-fétide.

Remarquons bien que les lésions inflammatoires sont ici peu prononcées et que, dans ce cas, on est obligé d'admettre que l'étranglement a été purement mécanique. Si l'interprétation de ce fait est en faveur de la théorie toute mécanique de l'étranglement, telle que l'ont donné O' Beirn et surtout Roser, ici où la grande largeur du collet semblerait défier toute stricture de ce genre, bien rares devront être les cas dans lesquels on devra recourir à l'inflammation primitive des anses intestinales herniées pour en expliquer l'étranglement.

5. Cirrhose hypertrophique. — Dégénérescence amyloïde des intestins, des reins et de la rate : hépatite interstitielle probablement syphilitique, par M. F. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Durel Marie, âgée de 46 ans, journalière est entrée, le 3 décembre 1873, à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Claire, n° 40 (service de M. VULPIAN).

Antécédents héréditaires inconnus. — Deux fluxions de poitrine : La première à l'âge de 30 ans ; la deuxième (pleurésie du côté gauche) à l'âge de 38 ans. Aucune autre affection. Pas de colique hépatique, pas d'ictère. Il y a environ 3 mois, la malade a commencé à tousser. La toux a toujours été en augmentant depuis cette époque. Expectoration muco-purulente peu abondante. Vers la fin de novembre, après des efforts de toux, elle rendit une grande quantité de sang caillé (1 litre environ), hématomèse et épistaxis.

Depuis 4 mois environ, la malade a remarqué que ses jambes enflaient après une marche même très légère. Au commencement de novembre, elle a été prise d'une diarrhée séreuse, très-abondante, qui dura pendant 3 semaines environ ; elle cessa au moment où son ventre commença à se ballonner, c'est-à-dire il y a environ dix jours. Elle a eu à plusieurs reprises des épistaxis, ainsi que des selles sanguinolentes. Traitement insignifiant.

État actuel. La malade est dans l'anxiété. La figure paraît légèrement bouffie. L'appétit est diminué, la soif assez vive. Constipation. Vomissements après des quintes de toux.

Poumons. A la percussion en avant, la sonorité paraît conservée ; en arrière submatité dans les fosses sus-épineuses, surtout à droite. Partout ailleurs sonorité normale. — A l'auscultation, en avant sous la clavicule droite, respiration mêlée de quelques râles, sous-crépitaux.

En avant, on entend également quelques craquements moins nombreux dans la fosse sus-épineuse. A gauche, rudesse de la respiration en avant ; en arrière, rien de particulier. — *Cœur.* Les bruits paraissent éloignés, peu clairs. Pas de bruit de souffle, pas d'irrégularité.

L'abdomen est globuleux ; la pression au niveau du foie, de la rate, est douloureuse. Le foie est augmenté de volume, la matité descend jusqu'à environ 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte (douleurs à la percussion). La rate est aussi très augmentée de volume, moins douloureuse que le foie à la pression. Tout-à-fait à la partie inférieure de l'abdomen, on trouve une

quantité de liquide assez considérable pour donner de la fluctuation ; ce liquide se déplace dans les différents mouvements qu'exécute la malade ; la matité remonte environ à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale.

4 *Décembre*. — Le ventre est très-douloureux ; même état des organes abdominaux. A l'auscultation des poumons, on n'entend plus de craquements.

12 *Décembre*. — La malade se plaint de douleurs dans les 2 épaules, dans la gauche depuis 3 ou 4 jours, dans la droite depuis hier.

14 *Décembre*. — Elle perdait ses urines depuis 3 ou 4 jours, cela a disparu ; à partir de ce jour, une pilule de 1/4 milligr. de sulfate d'atropine. L'ascite a beaucoup augmenté. En déprimant la région située au-dessous du creux épigastrique qui est tuméfié par le refoulement des intestins en haut, on sent profondément le foie qui descend jusqu'à une ligne qu'il est assez difficile de préciser.

Les membres inférieurs sont moyennement œdématisés, la malade s'affaiblit un peu, n'a pas d'appétit, ne vomit pas, selles normales, elle n'a pas eu de frissons depuis son entrée (elle en avait chez elle), le pouls est régulier (81). Les douleurs dans les épaules ont diminué. Elle ne perd plus ses urines depuis 3 jours.

Depuis qu'elle est dans la salle, la malade a eu plusieurs fois des épistaxis peu abondantes (quelques gouttes), et à la suite d'un lavement (paraît-il) une selle sanglante assez abondante. Avant le début de sa maladie, elle n'avait pas eu d'hémorrhoides. Elle a souvent de la pesanteur de tête, ne tousse presque plus.

23 *Décembre*. — *Urines*. Pas de matières colorantes de la bile, pas de sucre ; albumine en quantité assez considérable. (Au microscope on ne trouve pas de cylindres hyalins).

25 *Décembre*. — Les urines ne contiennent plus trace d'albumine.

26 *Décembre*. — L'ascite a considérablement augmenté, le ventre a la forme d'une outre. La matité décrit une courbe à concavité supérieure ; les veines superficielles sont très-dilatées, les membres inférieurs sont très-œdématisés. La percussion, au niveau de la région du foie est douloureuse. (La matité du foie présente sensiblement les mêmes limites qu'à l'entrée de la malade).

La malade a beaucoup maigri, la partie sus-diaphragmatique contraste par sa maigreur avec la partie sous-diaphragmatique. La malade n'a pas d'appétit, elle est constipée, la soif est assez vive, la respiration est courte, saccadée. Depuis

son entrée au 30 décembre, elle a pris chaque jour 3 pilules de digitale et du sirop d'iodure de fer.

30 *Décembre*. — Teinture digitale 2 gram. et 2 pilules de proto-iodure de fer 0 gr. 10. La malade urine un litre dans les 24 heures; elle est toujours constipée, elle ne peut garder les lavements. Vomissements bilieux aussitôt l'ingestion des médicaments.

1^{er} *Janvier* 1874. La malade a pris 0 gr. 50 de calomel.

10 *Janvier*. — Depuis quelques jours la malade est très-oppressée, accès de dyspnée. On fait la ponction à la partie moyenne de la ligne qui réunit l'épine iliaque à l'ombilic. On retire 9 litres de liquide citrin, tenant en suspension une quantité de petits corps granuleux.

13 *Janvier*. — Après 24 heures, il reste un petit dépôt pulvérulent; ce liquide est assez riche en albumine; traité par l'acide nitrique, il offre un dépôt assez abondant, blanc, à coloration bleuâtre. L'examen microscopique indique : des vésicules graisseuses, des leucocytes en grande quantité. Depuis le moment de la ponction, la malade se plaint d'une soif assez intense. Boissons acidules.

14 *Janvier*. — La malade se trouve beaucoup mieux.

15 *Janvier*. — Depuis la ponction, le liquide coule toujours un peu, et continuellement par l'ouverture. La malade se trouve bien soulagée, mais elle éprouve une soif intense. — L'analyse chimique indique 24 gr. 50 d'urée par litre; on trouve aussi de la graisse. — 20 *Janv.* — Toujours un peu d'amélioration.

23 *Janvier*. — A la suite d'une imprudence, douleurs très-vives dans la région hépatique, irritation péritonéale. Depuis la ponction, l'ouverture reste béante, et on ne parvient qu'à grand peine à fermer l'ouverture au moyen de bandelettes collodionnées. Depuis hier le ventre a augmenté considérablement de volume. — Mort le 23 janvier au soir.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale*. — Liquide assez abondant, jaunâtre, trouble contenant du pus. Injection très-vive du péritoine pariétal. Sur certains points de la paroi abdominale, l'injection est très-prononcée, et on peut enlever avec la pince des néo-membranes très-minces, délicates, parfaitement organisées. La séreuse intestinale offre une congestion ecchymotique, parsemée çà et là de dépôts pseudo-membraneux. Le grand épiploon est épaissi, injecté et couvert de fausses membranes. Dans certains points, on trouve sur sa face postérieure des adhérences intimes avec l'intestin, adhérences établies à l'aide de tractus cellulo-fibreux.

L'épiploon gastro-splénique, épaissi considérablement, forme une sorte de grosse tumeur, surajoutée au bord interne de la

rate. Celle-ci, par sa face et son bord interne, adhère assez intimement à la paroi abdominale par l'intermédiaire de néomembranes. Elle est augmentée de volume de plus de moitié et son enveloppe externe est très-épaisse. Son tissu offre une consistance à peu près normale, une coloration gris-rosée ; sur ce fond se détachent des granulations à peu près semblables à des grains de semoule ; ces grains étant recouverts de teinture d'iode prennent une teinte brune, foncée ; on dirait des grains de sagou caractéristiques de la dégénérescence amyloïde (rate sagou).

Foie. — Il est relativement hypertrophié ; en effet, il pèse 1,590 grammes ; or, dans les conditions ordinaires, sous l'influence de la cirrhose, à ce degré, le foie a un volume moins considérable qu'à l'état normal. Il a conservé sa forme ; sa surface est inégale, bosselée, parsemée de petites éminences arrondies, les unes grosses comme de petites noisettes, les autres comme des têtes d'épingles ; ces saillies sont formées par le tissu propre du foie ayant subi certaines modifications que j'indiquerai tout à l'heure. La consistance du tissu est ferme, élastique, il revient très-bien sur lui-même quand il est déprimé par la pression.

L'enveloppe de Glisson est elle-même épaissie par places ; elle est blanchâtre, comme rayonnée ça et là ; à sa surface existent de petites brides qui établissent des adhérences avec le diaphragme, l'estomac, etc. La vésicule a presque disparu : elle est noyée au milieu du tissu fibreux de nouvelle formation. L'aspect général du foie est gris jaunâtre.

Sur des coupes faites en différents sens, on aperçoit les îlots jaunâtres des lobules hépatiques séparés par des tractus conjonctifs ; ceux-ci, suivant les points, sont plus ou moins épais ; dans certaines régions, ils sont dirigés suivant des branches divergentes. Les coupes montrent également de petites saillies assez volumineuses, parfaitement arrondies et tranchant par leur aspect et leur configuration sur le tissu spécial de l'organe. Parmi celles-ci, il en est du volume d'une petite noisette, d'autres sont grosses comme un petit noyau de cerise. Leur coloration est blanc grisâtre, leur consistance assez dure. Le pourtour, et c'est là un fait général pour toutes, est formé suivant un rayon de 4 à 5 millimètres d'une couche légèrement translucide. Ces petits corps, qui ont à l'œil nu l'aspect de fibromes, sont surtout abondants vers la face inférieure du foie, au niveau de la scissure horizontale ; sur les confins du lobe droit et du gauche, un grand nombre sont groupés. Leur superficie est transparente, tandis que profondément ils sont opaques, comme caséux.

Par le raclage, on observe au microscope, à un grossisse-

ment de 320 degrés : de petites cellules dont l'acide acétique a rendu le noyau apparent, d'autres plus volumineuses, un peu allongées ; dans les parties centrales, de très-fines granulations graisseuses, et enfin des éléments nucléaires.

L'examen histologique de la substance hépatique, fait dans les différents points de l'épaisseur du foie, montre une prolifération très-active du tissu conjonctif, non-seulement au pourtour des lobules, mais encore le long des capillaires qui traversent l'intérieur de l'îlot hépatique; celui-ci est atrophié à sa périphérie et dans son centre par ce développement anormal ; les branches de la veine porte sont épaissies. Il est des coupes sur lesquelles on voit une multiplication excessive de noyaux, on dirait le point de départ d'une de ces tumeurs décrites plus haut. Dans certaines régions, au contraire, le tissu conjonctif a acquis tout son développement ; il est fibrillaire.

Reins. — Volume normal. Sur la coupe, la substance corticale est un peu opaque et offre quelques points blanchâtres ou grisâtres, indices de la maladie de Bright à ses premiers degrés. L'addition de teinture d'iode démontre la dégénérescence amyloïde des vaisseaux artériels portant presque exclusivement sur ceux des cônes de Malpighi.

Cœur. — Volume à peu près normal, plutôt un peu plus petit, mou au toucher. Pas d'insuffisance mitrale, pas de lésions valvulaires véritables. Aspect feuille morte du tissu musculaire.

Poumons. — Adhérence du poumon au diaphragme, poumons congestionnés. Dans le 1/3 inférieur du poumon gauche, congestion hypostatique ; au sommet un peu d'emphysème, adhérences de la plèvre. — *Cerveau*, sain, enveloppes épaisses adhérentes. — *Muqueuse intestinale*, dégénérescence amyloïde.

RÉFLEXIONS. — Comme on l'a vu, le diagnostic porté : cirrhose hypertrophique du foie, est, jusqu'à un certain point, confirmé par l'autopsie ; de plus l'examen histologique montre que cette cirrhose est peut-être de nature spéciale.

Elle est d'abord caractérisée par ces nodules, dont nous avons donné plus haut la constitution histologique et ensuite par ce fait, qu'au lieu d'être seulement périphérique, elle est en même temps intra-lobulaire.

Peut-être, et quoique dans l'histoire antérieure de la maladie, nous ne relevions rien de spécial (l'interrogatoire n'a pas été dirigé dans ce sens) faut-il songer à la syphilis, d'autant plus que cette supposition s'accorde très-bien avec l'existence de la dégénérescence amyloïde.

M. DESPRÉS. Il est impossible d'affirmer, sur la seule foi du microscope, que l'on ait affaire à une gomme. Ici, nous sommes en face de lésions inflammatoires multiples et, de plus, d'une cirrhose. Or, Virchow lui-même a dit que la dégénérescence amyloïde n'était point caractéristique de la syphilis et que la structure de la gomme n'avait rien de spécifique.

M. CHARCOT. La phrase de Virchow est générale ; au point de vue doctrinal, il est vrai qu'il rejette la cellule syphilitique, tout comme la cellule tuberculeuse et cancéreuse ; mais il n'en dit pas davantage. Il n'en faut pas conclure que Virchow n'admet pas la possibilité de reconnaître une gomme d'après certains caractères de forme, de consistance, d'aspect, de structure, qu'elle affecte partout où on la rencontre. Tous les anatomo-pathologistes savent que, sans être absolument spécifique, la texture des éléments anatomiques dans la gomme a quelque chose de particulier.

M. DESPRÉS. Même au point de vue de la grosse anatomie, il est souvent impossible de différencier une gomme d'un abcès froid ou d'une tumeur scrofuleuse : quant à l'évolution, des affections franchement inflammatoires, comme le furoncle, peuvent être assimilés à une gomme aiguë.

6. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage: fistule broncho-œsophagienne, abcès du médiastin postérieur, par le Dr. MOCTON, membre correspondant.

G..., 59 ans, peintre en bâtiments, entre le 20 juin 1873, à l'hôpital de Lariboisière, salle St-Vincent, (service de M. MILLARD).

Huit jours avant son entrée, ce malade a bu après déjeuner de l'eau seconde, croyant boire de l'eau de coco. Il a aussitôt rejeté cette solution et n'en aurait avalé qu'une cuillerée à bouche au plus une partie de ce liquide aurait pénétré dans le larynx. D'ailleurs, en même temps qu'il rejetait une partie de la solution qu'il venait d'introduire dans les voies digestives, il vomissait les aliments pris au déjeuner. Les aliments ainsi vomis avaient une couleur noire, d'après les renseignements du malade. Il éprouva ensuite à la gorge et au niveau du creux épigastrique une cuisson telle qu'il ne pouvait ni boire ni manger.

Un médecin, appelé, ordonna de la magnésie. — Peu de temps après, le malade rejeta par la bouche avec effort un

lambeau de muqueuse assez long. Ce lambeau tenait encore par son extrémité profonde et le malade ayant dû le retirer avec ses doigts remarqua qu'il saignait au bout resté adhérent. Cette dernière particularité prouve bien qu'il s'agissait en réalité d'un lambeau de muqueuse. Le malade n'a pu indiquer d'une manière précise l'époque à laquelle il a rendu ce lambeau.

Après cette expulsion, il a éprouvé une vive douleur à la gorge. Le lendemain, il prit de l'huile de ricin. Depuis l'accident, il avale difficilement et il lui semble que ce qu'il prend s'arrête au niveau du creux épigastrique; il ne peut prendre que du bouillon. Il existe de la constipation. La voix est claire. Il importe de noter que, depuis cette époque, l'expectoration est très-abondante.

A l'entrée du malade, salle St-Vincent, on constate des râles de bronchite. Le crachoir est plein d'un liquide filant, clair, mêlé de flocons jaunâtres. Cette expulsion de mucosités se fait le plus souvent indépendamment de la toux. Mais lorsque la sécrétion de mucosités est trop abondante, lorsque la gorge est pleine, le malade est forcé d'en déglutir une certaine quantité, ce qui provoque un peu de toux.

La bouche et la gorge sont constamment baignées de ces mucosités. La nuit, le malade est souvent réveillé par l'abondance des sécrétions qui obstruent les voies digestives supérieures; pour éviter la gêne qui en résulte, il se couche sur le côté, et dans cette position le liquide, incessamment sécrété, s'écoule sur l'oreiller; le malade évite ainsi de déglutir une partie du liquide, acte toujours douloureux pour lui et qu'il ne peut éviter quand il est couché sur le dos. La quantité des mucosités rendues en vingt-quatre heures est de 500 grammes.

On examine la gorge, et l'on remarque le long du pilier postérieur une sorte d'érosion verticale sous forme d'une bande d'un rouge vif. Ailleurs, on aperçoit quelques points rouges ou gris. — L'état général devient un peu meilleur, si l'on s'en rapporte au dire du malade.

On est d'abord frappé de sa maigreur et de la teinte jaunâtre de la face. *Traitement* : gargarisme émollient; gomme sucrée; julep diacode; huile de croton 15 gouttes à étendre sur le dos. — *Régime* : lait, 2 litres; potages; œufs. Trois jours après, viande crue.

Le malade n'allant pas mieux, la déglutition étant de plus en plus difficile, on veut se rendre compte de l'état de l'œsophage et l'on commence un traitement actif. M. Tillaux, appelé, pratique le cathétérisme; l'opération ne présente rien de particulier, mais le malade aurait dans la journée craché un peu de sang.

Le malade ayant passé en chirurgie, le cathétérisme est renouvelé tous les jours et ne présente aucune difficulté. Il semble que la déglutition se fasse un peu plus facilement. Cependant l'état général est toujours mauvais; le malade rejette en moyenne 450 grammes de mucosités filantes par jour. Dans ces mucosités nagent des crachats purulents. On entend des râles de bronchite dans tout le poumon; on constate au sommet droit de la dureté à la percussion avec de la rudesse et de la prolongation de l'expiration. Teinture d'iode sur les deux côtés; chlorate de potasse 4 grammes.

Le cathétérisme est pratiqué tous les deux jours avec une olive de 8 millimètres, mais la difficulté de la déglutition devient de plus en plus grande. Le malade a conscience qu'un obstacle l'empêche d'avaler les aliments solides. Il lui semble qu'un morceau de viande ou de pain est resté dans la gorge, et il montre le creux sus-sternal comme le niveau du siège de cet obstacle. La mie de pain, qui pouvait passer encore deux ou trois semaines après son arrivée, est maintenant arrêtée et le malade en est réduit au bouillon. Le malade éprouve de temps à autre des nausées, il lui arrive de rejeter par les narines les aliments liquides, les seuls qu'il puisse prendre.

Le cathétérisme est encore pratiqué tous les deux jours, mais la maigreur devient de plus en plus grande, les crachats purulents sont plus nombreux, et le malade meurt le 3 septembre 1873.

AUTOPSIE. L'*œsophage* (que nous examinons d'abord sans l'ouvrir) est normal à sa partie supérieure; il ne présente à ce niveau ni épaississement ni dilatation; on peut facilement le séparer de la trachée; mais à 6 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde, nous trouvons le tube œsophagien épaissi, son volume est presque double; nous essayons de le séparer de la trachée, mais il existe une adhérence complète entre les deux conduits; le tissu cellulaire, facile à rompre, qui les unit normalement, est remplacé par un tissu résistant, compacte, qui fait corps avec le tube œsophagien et la partie inférieure de la trachée. Un peu plus bas, le volume anormal de l'œsophage décroît rapidement, de sorte que l'ensemble de l'organe, vu par sa partie postérieure, affecte la forme d'un fuseau.

À l'endroit où la branche gauche croise l'œsophage, il y a adhérence complète entre les deux conduits, adhérence formée par un tissu analogue à celui que nous avons rencontré un peu plus haut. Plus bas encore, l'œsophage, en rapport direct avec la plèvre et le bord postérieur du poumon droit, est étroitement uni à ces deux organes. Tissu cellulaire, gan-

gliens, plèvre, bord du poumon, tout cela est englobé dans un tissu, dur, solide, descendant verticalement de la partie inférieure de la branche gauche jusqu'au diaphragme. A gauche, le plèvre dans toute l'étendue de ses rapports avec l'œsophage est rouge et présente de faibles adhérences.

A l'ouverture de l'œsophage, nous trouvons la partie supérieure du conduit parfaitement saine ; la muqueuse est pâle et son épaisseur est normale, mais un peu plus bas, à 6 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde, le conduit se rétrécit brusquement et en même temps il semble que la paroi ait gagné en épaisseur ce que le calibre a perdu. En effet, tandis que la cavité pourrait à peine li rer passage à une plume de corbeau, la paroi, lorsque l'on pénètre dans l'œsophage par sa partie latérale, a plus de 1 centimètre d'épaisseur. La longueur de ce rétrécissement est de 7 centimètres, il se termine donc à 13 centimètres de l'extrémité supérieure. Plus bas, la muqueuse œsophagienne présente quelques petites brides cicatricielles, sans qu'il y ait de rétrécissement proprement dit. Enfin à 3 centimètres au-dessus du cardia, le calibre de l'œsophage se réduit de nouveau un peu, sans approcher du degré d'étroitesse qu'il présente plus haut.

Indépendamment de ces amoindrissements de calibre, nous remarquons au-dessus du premier rétrécissement, dans le cul-de-sac que forme en quelque sorte l'œsophage à ce niveau, une ouverture taillée en bec de plume sur la paroi intérieure de l'œsophage. Cette ouverture peut admettre une sonde de 10 millimètres ; un stylet y est introduit et pénètre profondément. Nous ouvrons alors sur la sonde cannelée ce trajet fistuleux et nous tombons dans une cavité irrégulière, aufractueuse, remplie de pus qui s'étend depuis l'origine en bec de plume jusqu'au diaphragme. Cette cavité est creusée dans la masse de tissu induré que nous avons décrite, tissu unissant œsophage, plèvre et poumon. Cette cavité comprend une certaine portion du poumon droit et l'on voit, en faisant quelques coupes, des ramifications bronchiques y aboutir. Ces ramifications contiennent du pus, et sont enflammées ainsi que la bronche gauche qui est elle-même perforée en un point et communique avec le foyer purulent ; le pus pouvait donc se déverser à la fois dans la bronche et dans l'œsophage.

Les voies respiratoires présentent des signes de bronchite ; il y a de plus dans le poumon droit plusieurs noyaux de pneumonie dans le lobe inférieur ; le sommet est farci de tubercules miliaires, et les ganglions bronchiques sont enflammés.

M. BERGER fait remarquer que si, dans la plupart de ces cas d'empoisonnement par substances corrosives, on trouve

la rétrécissement au niveau de la région cricoïdienne, cela tient à ce que les liquides sont presque immédiatement rejetés par régurgitation, et ne pénètrent pas plus avant.

M. MOUTON conteste cette assertion, en faisant observer que dans ces cas l'extrémité cardiaque de l'œsophage est habituellement rétrécie, et que les symptômes de coarctation sont précédés d'accidents gastriques, ce qui prouve bien que le liquide a pénétré jusque dans l'estomac.

M. LONGUET demande si, dans le fait actuel, on a observé de l'emphysème du cou. Cet accident n'est pas très-rare à la suite de fausses routes le long de l'œsophage. Il paraît dû à la déglutition d'une certaine quantité d'air, et peut acquérir parfois un volume assez considérable.

M. MOUTON a vu un fait de ce genre chez un enfant : cette complication a été signalée aussi dans une observation de M. Baillarger chez un aliéné (Voy. Béhier, Clinique). Enfin pareille chose a été vue, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Vidal, également pour un rétrécissement cicatriciel.

7. Cirrhose du foie. Hématémèses, varices œsophagiennes, par M. FLOUPPE, interne des hôpitaux.

M. Victorine, domestique, 36 ans, salle Sainte-Geneviève, n° 19 (Hôpital Lariboisière, service de M. SIREDEY). — Pas de fièvre intermittente. Pas d'antécédents syphilitique ou alcoolique. Santé parfaite jusqu'à la fin de l'année 1871, époque à laquelle survint de l'ictère, une perte presque absolue de l'appétit et une faiblesse générale, assez grande pour forcer cette femme à quitter son travail et à entrer à l'hôpital. Elle fut admise à Lariboisière, dans le service de M. Duplay, où se trouvait à cette époque la religieuse de notre salle Sainte-Geneviève, qui a confirmé les renseignements suivants fournis par la malade.

A ce moment déjà, la rate présentait une augmentation de volume considérable contre laquelle fut administré sans succès le sulfate de quinine. Pendant le cours de ce traitement, premier vomissement de sang, extrêmement abondant, et suivi, pendant plusieurs jours, de selles noires, ressemblant à du marc de café. La perte de l'appétit fut le seul symptôme gastrique ayant précédé cette hématémèse qui ne s'accompagna et ne fut suivie d'aucune sensibilité à la région épigastrique.

La malade se remit assez rapidement de cette perte de sang et put quitter l'hôpital, après quelques semaines de séjour, dans un état plus satisfaisant qu'au moment de son entrée. Mais

cette amélioration ne fut pas de longue durée. L'appétit se perdit de nouveau, les forces déclinerent, l'ictère persista et cette femme, à bout de ressources, entra une seconde fois à l'hôpital vers le milieu de l'année 1872.

A cette époque, M. Siredey fut surtout frappé par la généralisation et l'intensité de l'ictère, par l'amaigrissement et la faiblesse générale de la malade. En outre, le ventre était remarquable par son volume exagéré. Néanmoins, pas d'ascites pas de développement des veines sous-cutanées abdominales. Les dimensions du foie étaient normales; seule la rate, très-facilement accessible à la palpation, grâce à la flaccidité des parois abdominales, présentait une augmentation de volume considérable puisque, pour ne parler que de sa limite inférieure, elle s'avancait à droite jusqu'à l'ombilic et descendait jusqu'à 6 ou 7 centimètres de l'arcade de Fallope.

Langue nette, rosée, pas de nausées ni de vomissement. garde-robes régulières et colorées. Urines très-foncées, ictériques, sans sucre ni albumine. Rien du côté du cœur et des poumons. Bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. Pas de tuméfaction des ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux.

L'examen histologique du sang montra que le nombre des globules blancs n'était pas augmenté.

Ne sachant à quelle affection rapporter cette hypertrophie splénique, M. Siredey pria M. le docteur Guyot de vouloir bien venir lui donner son avis. La leucocytémie et l'impaludisme furent tout d'abord écartés, puisque, d'une part, l'examen du sang avait permis de constater une proportion normale des globules blancs aux globules rouges et que, d'autre part, le traitement antérieur par le sulfate de quinine avait été impuissant. On écarta également l'idée d'une cirrhose du foie que rendaient improbable le volume normal du foie, l'absence d'ascite et de dilatation des veines sous-cutanées abdominales, et surtout la persistance d'une coloration ictérique très-prononcée. Était-on en présence d'une diathèse syphilitique? Malgré le peu de probabilité de cette hypothèse (absence de tout antécédent syphilitique et d'autres signes actuels de l'infection) on fut d'avis d'essayer l'iodure de potassium. Ce médicament fut prescrit et continué pendant deux mois environ, à la dose de 2 à 4 grammes, mais sans aucun résultat.

Sur ces entrefaites, la malade ayant demandé à sortir pour quelques heures, reentra le soir même à l'hôpital et eut dans la nuit une indigestion. On reconnut d'abord dans les matières vomies des fragments d'œufs, des grains de raisins: puis, à ces vomissements alimentaires, succéda une effroyable hémalémèse de 2 litres environ, suivie pendant 24 heures de selles

marc de café. Glace, eau de Rabel, etc. L'hémorrhagie s'arrêta le jour même et quelque temps après la malade, dont l'état général s'était amélioré, demanda de nouveau à quitter l'hôpital. A sa sortie, la coloration ictérique persistait; la rate était aussi grosse, le foie avait son volume normal. Pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. Aucune dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Le 6 janvier 1873, la malade entre pour la troisième fois à l'hôpital dans l'état suivant : Amaigrissement considérable, état cachectique, grande faiblesse générale. La peau, les conjonctives, la muqueuse palatine et la face inférieure de la langue offrent une teinte ictérique très-prononcée. Température normale; P. 84. Embarras gastrique : inappétence, langue saburrale, digestions pénibles, constipation. Le foie est resté normal. Rate très-grosse, indolore, mobile, occupant presque tout l'hypochondre gauche, s'avancant jusqu'à l'ombilic et descendant à 3 travers de doigt environ de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sa surface est unie, régulièrement convexe. Pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. Les veines sous-cutanées abdominales ne sont nullement dilatées. Urines ictériques, sans albumine. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat normal des globules blancs du sang. Rien au cœur et aux poumons.

Dans la soirée du 12 janvier, épistaxis abondante. La malade se plaint d'une douleur sourde au niveau de la région épigastrique et éprouve des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs qui sont le siège de varices très-accusées. A la partie inférieure des deux jambes, on constate les cicatrices d'un ulcère variqueux.

Pendant la dernière quinzaine de janvier, 5 à 6 épistaxis légères avec réapparition des douleurs sourdes à l'épigastre.

En février, l'état général de la malade ne subit aucune modification ni en bien ni en mal. Dans les derniers jours de ce mois, deux méléna non précédés ni suivis d'hématémèse.

Mars et avril. Rien de particulier à noter.

Mai. Les forces déclinent; trois épistaxis légères.

24 juin. Faiblesse générale très-grande. Les deux articulations du genou sont le siège de douleurs assez vives, sans rougeur ni épanchement.

Juillet et août. Même état; trois épistaxis. — *En septembre* : Démangeaisons très-vives avec papules de prurigo.

Octobre. Dans les quinze premiers jours, trois épistaxis et deux méléna suivis d'une augmentation très-notable de la faiblesse. Vers la fin du mois, vomissements bilieux avec selles couleur chocolat. Les varices des membres inférieurs s'enflamment.

Novembre. Le ventre se ballonne. Le foie diminue notablement de volume. Apparition de l'ascite sans dilatation des veines de l'abdomen. Rate énorme.

Décembre. L'épanchement péritonéal a beaucoup augmenté. L'œdème des membres inférieurs apparaît avec une nouvelle poussée de phlébite (cataplasmes; jambes étendues sur un coussin incliné).

Hernie ombilicale avec amincissement considérable de la peau, faisant craindre une perforation spontanée. On essaye vainement de contenir la hernie avec de la ouate collodionnée et un bandage de corps.

17. La fièvre s'allume; dyspnée intense; toux; râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur des deux poudons. On entend très-nettement, à la base du cœur, un bruit de frottement péricardique.

18. Erythème des membres inférieurs œdématisés suivi, quelques jours après, de taches ecchymotiques.

23. La dyspnée est telle qu'on est obligé de pratiquer la paracentèse; issue de cinq litres un quart d'un liquide jaune clair, très-albumineux. Quelques jours plus tard, le bruit de frottement péricardique disparaît, mais la cachexie s'accuse de plus en plus. L'ictère devient de plus en plus foncé. L'inappétence est à peu près absolue. La malade ne prend plus qu'un peu de vin et de café. L'œdème des membres inférieurs persiste sans prendre toutefois des proportions considérables. La langue se dessèche et à plusieurs reprises se montre du muguet qui est toujours combattu avec succès par un collutoire boraté et des lotions alcalines.

Vers la fin de janvier 1874, nouvelle hématomèse, d'une cuvette environ, suivie de méléna pendant plusieurs jours. Cette abondante perte de sang jette la malade dans un état de faiblesse telle que malgré l'eau-de-vie, le vin de Bagnols et le café, il est impossible de la remonter. Les muqueuses et la peau sont d'un jaune très-pâle comme si l'ictère avait diminué d'intensité. Le foie devient de plus en plus petit. La rate est toujours énorme. L'ascite reste dans des proportions moyennes. Pas de développement notable des veines superficielles de l'abdomen. Extrémités froides, légèrement œdématisées. Pas d'albumine dans les urines. Enfin, à l'examen histologique du sang, voici ce que nous constatons : 1° Les globules rouges du sang ne forment pas de piles et présentent un état craténel très-accentué; 2° Le rapport des globules blancs aux globules rouges nous paraît être de 1 pour 20 environ. Ces globules blancs sont de deux sortes : les uns, volumineux, ont plusieurs noyaux; les autres, plus petits, n'ont qu'un seul noyau.

Dans les derniers jours, la face se grippe de plus en plus; les yeux sont injectés, les cornées se ternissent, les pupilles sont considérablement dilatées. Apparition d'ecchymoses sous-conjonctivales. La malade, loin de se plaindre, accuse plutôt une sorte de bien-être. Un subdélirium se montre d'abord la nuit, puis le jour et devient continu. Refus de toute sorte d'aliments. Mort le 31 janvier.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. — Crâne, encéphale et méninges, rien. Dans les poumons, pas de tubercules. Quelques ecchymoses sous-pleurales surtout à droite, semblables à celles que l'on rencontre chez les individus morts par suffocation.

Le péricarde contient 30 gr. environ d'un liquide jaunâtre. Pas d'adhérences des deux feuillets, mais traces manifestes de péricardite ancienne, révélée par des plaques blanchâtres au niveau de la face antérieure du cœur. La plus considérable d'entr'elles siège au-dessus du sillon auriculo-ventriculaire droit, entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Le cœur présente une coloration jaune très-prononcée. Les valvules sont saines. Les ganglions péri-bronchiques et péri-oesophagiens sont légèrement hypertrophiés et pigmentés. Le foie adhère aux parties voisines. Il est diminué de volume : 26 cent. dans son diamètre transversal et 15 cent. dans l'antéro-postérieur. La capsule de Glisson est épaissie et présente des plaques blanchâtres sur plusieurs points de la face convexe. La consistance de l'organe est augmentée. A la coupe, le tissu offre assez de résistance. L'aspect granité est exagéré; mais ce qui frappe surtout c'est la coloration vert-olive que présentent les granulations. La teinture d'iode ne révèle aucune trace de matières amyloïdes. La vésicule biliaire contient quelques grammes de bile d'une couleur jaune verdâtre, sans calculs; ses parois sont plus épaisses qu'à l'état normal. Le cathétérisme des canaux cystique et cholédoque nous montre ces conduits parfaitement libres. Leur calibre ne paraît point augmenté.

L'examen histologique du foie a été fait par M. DEBOVE qui, outre une hyperplasie considérable du tissu conjonctif interstitiel, a trouvé, dans certains points, une dilatation considérable des dernières ramifications biliaires.

La rate est très-hypertrophiée : 28 cent. dans sa longueur et 18 cent. dans sa largeur. Sa capsule est très-épaissie. A la coupe, nous tombons en 2 ou 3 points sur de véritables infarctus dont la coloration noirâtre tranche sur la teinte rouge du tissu voisin. Les reins sont jaunâtres, de volume normal, sans dégénérescence amyloïde.

L'estomac est sain. L'intestin ne paraît pas altéré, si ce

n'est la première portion du rectum, qui est le siège d'un petit nombre d'ulcérations des follicules clos. L'œsophage, au contraire, nous présente des altérations du plus haut intérêt; car, à défaut d'une lésion de l'estomac, elles nous montrent le siège des abondantes et fréquentes hématoméses qu'a eues la malade. Dans la moitié inférieure de ce conduit, on aperçoit sous la muqueuse de nombreuses veines variqueuses, injectées d'un sang noir, et formant un réseau à mailles allongées. Ces dilatations veineuses s'arrêtent brusquement au niveau du cardia. La muqueuse œsophagienne est saine. Pas d'ulcération. Pas d'ecchymose.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru offrir quelque intérêt à plusieurs égards :

1^o Au point de vue clinique, elle montre le diagnostic de la cirrhose obscurci, non-seulement par la présence d'un symptôme qu'il est extrêmement rare de rencontrer dans cette maladie (l'ictère généralisé), mais encore par l'absence d'ascite et d'atrophie du foie. Et plus tard, quand ces deux derniers symptômes ont pu être constatés, la persistance de l'ictère et le défaut d'un courant de dérivation par les veines abdominales ont fait de nouveau mettre en doute la cirrhose.

2^o Au point de vue anatomo-pathologique, ce fait nous a paru intéressant par la rareté des lésions que nous avons rencontrées et grâce auxquelles nous avons pu nous expliquer la marche anormale de la maladie. La teinte vert-olive de tout le tissu hépatique et la dilatation des dernières ramifications biliaires ne démontrent-elles pas manifestement un obstacle au cours de la bile, et par suite une stase à laquelle se rattache la persistance de l'ictère? Enfin l'état variqueux des veines de l'œsophage ne peut-il pas expliquer l'apparition tardive de l'ascite et l'absence de dilatation des veines sous-cutanées abdominales? M. Gubler (thèse d'agrég., 1858), faisant allusion à un cas semblable publié par M. Fauvel, dans les *Archives de la Société médicale d'observation*, après avoir parlé des anastomoses de la circulation porte avec la grande circulation, à la partie inférieure du tube digestif, s'exprime ainsi : « Une disposition analogue doit nécessairement exister sur une moindre échelle vers l'orifice cardiaque de l'estomac, quoiqu'elle n'ait pas été l'objet d'une mention spéciale de la part des anatomistes. Là, en effet, comme à la fin du tube digestif, on trouve un terrain neutre sur lequel se rencontrent deux sortes de veines, dont les unes se rendent par l'azygos, et d'autres branches, dans la grande circulation, tandis que les secondes aboutissent à la veine porte par la coronaire stomachique. »

L'hypothèse de M. Gubler nous paraît vérifiée par notre

observation. Car il est infiniment probable que c'est par les veines œsophagiennes que s'est opéré le courant de dérivation qui s'établit ordinairement par les veines accessoires-portes. Et ainsi s'explique l'absence de dilatation des veines superficielles de l'abdomen.

M. CHARCOT. Ces faits de cirrhose, avec imprégnation biliaire, ne sont pas excessivement rares, et on doit les recueillir avec soin, car ils doivent correspondre à des lésions spéciales. Ici, en effet, l'obstacle au cours de la bile n'est pas dans les gros conduits biliaires, et d'autre part, les radicules biliaires microscopiques sont très-dilatés. L'obstacle est donc intermédiaire, et c'est ce qu'il s'agirait de préciser.

Séance du 13 février.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

8. Fracture de l'occipital : contusion cérébrale et épanchement sanguin au niveau du lobe frontal droit, par M. MARCANO, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., tonnelier, âgé de 32 ans, est amené à la Pitié, le 7 février 1873, dans le service de M. VERNEUIL. — Cet individu est tombé à la renverse en voulant monter sur sa voiture le lundi 2 février. Il fit une chute sur la partie postérieure du crâne. Il rentra chez lui avec des étourdissements, et portant une petite écorchure à la peau, mais si minime, qu'il a été impossible de la retrouver 7 jours après, au moment de son entrée à l'hôpital.

Pendant deux jours il resta chez lui couché, éprouvant du malaise et une céphalalgie intense. Le deuxième jour se produisirent des vomissements. Dans la nuit du 6 au 7, le malade eut de l'agitation et du délire, mais néanmoins il recouvrait par instants sa raison.

Lors de son entrée à l'hôpital, on le trouve dans l'état suivant : Le malade est dans le coma, étranger à tout ce qui l'entoure. Pas de paralysie des membres, ni des sphincters ; paralysie de la sensibilité. Respiration assez stertoreuse. T. 40°. En présence de ces symptômes, on porta le diagnostic :

Contusion de l'encéphale, fracture probable de l'occipital, méningo-encéphalite à la période de coma.

Saignée de 3 palettes.—Température après la saignée, 40°,5. Le même état se continue pendant toute la journée, et va en s'aggravant. Le malade succombe 22 heures après son entrée, par conséquent 8 jours après son accident, dans la matinée du 8 février.

AUTOPSIE. Les téguments sont sains. En ouvrant le *crâne* on trouve un décollement de la *dure-mère*, au niveau de la bosse orbitaire droite; dans l'espace compris entre l'os et la membrane, il y a un *épanchement sanguin* — de près de 150 gram.

Un autre épanchement de sang et de pus entre la pie-mère et l'arachnoïde; le pus s'y trouve en nappe et s'étend jusqu'aux parties latérales des hémisphères cérébraux, toujours au-dessus de la pie-mère. Injection générale des méninges. Contusion au 3^e degré de l'extrémité antérieure du lobe frontal droit, s'étendant jusqu'au niveau de la scissure de Sylvius.

En examinant les *os*, on finit par trouver deux *assures* au niveau du trou occipital; situées toutes les deux à son côté gauche et partant de la tubérosité occipitale qui est fracturée. — L'externe, plus large que l'interne, présente 0,07 centimètres de longueur et aboutit à la suture pétro-occipitale. L'interne est plus petite et se termine sur le bord postérieur du trou. Ces deux fractures sont parallèles et ne présentent ni écartement ni chevauchement.

M. BERGER. Cette pièce est remarquable, en ce qu'il existe un décollement de la dure-mère à la région orbitaire droite, avec hémorrhagie méningée, sans que pourtant la fracture de l'occipital se soit irradiée du côté du sphénoïde et de l'os frontal. Ordinairement ces traumatismes par contre-coup sont en réalité des fractures qui se continuent directement à travers la base du crâne.

M. J.-LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer qu'il s'agit là d'un fait complexe, puisqu'il existe à la fois de la contusion encéphalique, un épanchement sanguin et une méningite suppurée. Le traumatisme qui a donné naissance à tous ces accidents a dû être très-violent, attendu que la bosse occipitale est fracturée, ce qui suppose une grande force. Habituellement dans les fractures de l'occipital, les fêlures sont latérales et contournent la protubérance occipitale.

M. PEYROT. J'ajouterai à l'appui de ce que vient de dire M. Lucas-Championnière, que dans le travail de M. Félizet

sur les fractures du crâne, où sont consignées de très-nombreuses observations, aucune ne mentionne la fracture de la bosse occipitale.

9. Dilatations kystiques des conduits galactophores, consécutives au développement de végétations polypiformes dans leur intérieur, par M. ROGEAUD, interne provisoire.

OBSERVATION I. — Madame F... 35 ans, est entrée à l'hôpital de la Pitié (service de M. VERNEUIL). Constitution moyenne, embonpoint médiocre. Mère de deux enfants qu'elle n'a point allaités. Elle fut opérée, il y a 15 ans, d'une tumeur adénoïde du sein gauche, du volume d'une noix.

Il y a 4 ans 1/2, jouant avec un de ses enfants, elle en reçut au sein droit un coup de talon. La douleur fut vive, mais dura peu de temps, il survint un gonflement manifeste. Le lendemain, Madame F... soulevant un paquet volumineux, se sentit mouillée et vit sortir par le mamelon, goutte à goutte, une certaine quantité de sang pur et vermeil : elle en évalua la quantité à 5 ou 6 grammes. Un médecin consulté conseilla l'application d'eau blanche et le repos. Une ecchymose étendue envahit le sein, mais les douleurs cessèrent et au bout de quelques jours l'accident ne parut pas avoir d'autres suites. Cependant, trois mois plus tard, l'écoulement sanguin se reproduisit. M. Verneuil, appelé à ce moment, constata au point frappé, l'existence d'une petite induration perdue au milieu des grains glanduleux de la mamelle, et conseilla quelques applications de pommade iodurée.

L'écoulement se renouvela de temps à autre ; — tantôt le liquide était visqueux, jaunâtre et clair comme de la synovie, tantôt d'apparence crémeuse, — tantôt rougeâtre, — parfois enfin formé par du sang presque pur, quand la malade s'était beaucoup servi de son bras. — La tumeur fit des progrès insensibles, et l'année dernière, elle se détachait facilement du reste de la glande et avait la forme et le volume d'une grosse amande dont la pointe touchait à la base du mamelon. Ce volume du reste variait : il était généralement plus considérable, au moment des règles ; mais, en dehors de cette époque, il augmentait peu à peu et diminuait parfois brusquement quand l'écoulement était plus prononcé. Les douleurs suivaient la même marche : presque nulles, quand la tumeur était moindre, assez vives et gênant les mouvements du bras quand la tumeur subissait au contraire un accroissement notable.

Dès l'année dernière, M. Verneuil, proposa l'ablation de la tumeur, mais Mme F., d'un caractère pusillanime, repoussa énergiquement l'opération. Jusqu'alors, d'ailleurs, le

repos du bras et les émollients amenaient toujours de l'amélioration. — Cette année, cependant, les douleurs devenant continues et le liquide ayant acquis une certaine âcreté, M. Verneuil insista de nouveau, en faisant valoir l'innocuité de l'opération, l'incurabilité du mal par les agents pharmaceutiques, et enfin le danger résultant de la persistance d'une tumeur du sein aux approches de la ménopause. L'opération fut résolue pour le 3 février.

La tumeur présentait alors les caractères suivants : située sur le même plan que le mamelon, à la partie interne du sein droit, elle affectait la forme d'un cône dont la base répondait à la périphérie du sein, et le sommet, effilé, à la naissance du mamelon. Facilement isolable, elle n'avait d'adhérences ni avec la peau, ni avec les parties profondes ; d'ailleurs, pas de changement de coloration du derme, pas d'engorgement ganglionnaire, état général satisfaisant. — La pression, exercée sur la tumeur, faisait sortir par le mamelon un liquide clair, jaunâtre, en petite quantité.

Productions morbides obstruant un conduit galactophore en le dilatant en arrière d'elle : tel fut, en présence de ses symptômes, le diagnostic posé. — Une incision transversale allant du mamelon à la partie interne du sein mit à nu la tumeur qui fut facilement isolée, et aujourd'hui (13 février), la malade va très-bien.

Examen de la tumeur. — Elle présente manifestement à sa partie externe (qui touchait au mamelon) l'embouchure de deux conduits galactophores. L'un deux, ouvert dans toute son étendue, n'offre rien d'anormal. L'autre, au contraire, montre des détails intéressants sur lesquels je crois devoir insister, et qui confirment pleinement le diagnostic.

Ce conduit est dilaté à son embouchure et le stylet qui y est introduit à un centimètre $\frac{1}{2}$ de profondeur, joue librement dans une assez vaste cavité. *Les parois* de ce canal, présentent deux saillies papilliformes qui sont logées dans des alvéoles creusés aux dépens des parois, et qui bouchent presque complètement la lumière du conduit. L'une d'elles est petite, jaunâtre, un peu granuleuse ; la plus considérable est oblongue, grosse comme une grosse lentille, d'un rouge assez vif. Ces productions, adhérentes à la paroi par un mince pédicule qui paraît de même nature qu'elles, offrent à leur surface de fines arborisations et même des infiltrations sanguines qui expliqueraient l'écoulement séro-sanguin parfois observé chez la malade. — Complètement lisse dans les points qui correspondent aux saillies pédiculées, la paroi du canal est plissée dans le reste de son étendue. Mais ces plis sont surtout saillants dans la *dilatation terminale* du conduit, assez considérable pour loger

une aveline ordinaire. On y trouve encore quelques gouttes d'un liquide clair, un peu filant. Cette espèce de kyste a des parois minces, revenues sur elles-mêmes, par suite probablement de l'évacuation du liquide, puisqu'une traction médiocre les fait disparaître en partie. Elle est séparée du conduit galactophore par un repli qui la délimite assez nettement de ce côté, mais insuffisant toutefois pour empêcher une connexion immédiate entre ces deux cavités.

OBSERVATION II. — Antoinette L... 35 ans. Réglée depuis l'âge de 17 ans, mais ses règles, quoique régulières, n'arrivent que de 6 en 6 semaines.

En 1861, un enfant mort-né. — En 1866, elle avorte à 5 mois; depuis lors plus de grossesse. La malade attribue à un coup violent qui lui fut porté sur la mamelle gauche la tumeur qu'elle présente aujourd'hui. Elle s'en aperçut par hasard au mois de décembre 1872, quatre mois après la cause présumée de l'affection. A ce moment, la tumeur était grosse comme une noisette, et située vers la partie profonde de la mamelle.

Des frictions résolutives, un traitement à l'iodure de potassium, semblèrent n'avoir aucune action sur son développement ultérieur.

A dater du mois de janvier 1873, la malade ressentit dans la mamelle, à l'époque de ses règles, des picotements, peu douloureux d'ailleurs, et qui duraient peu de temps. Au mois d'avril, ces picotements redoublèrent, et déjà à cette époque, se détachait nettement de la tumeur un petit cordon dur qui se dirigeait du côté du mamelon sans l'atteindre. La malade s'aperçut alors que la pression sur la tumeur faisait sourdre par le mamelon, en dehors du temps de la menstruation, un liquide un peu jaunâtre, clair, filant, tachant et empesant la chemise. A l'époque des règles, l'écoulement était plus épais, d'un jaune opaque ou roussâtre et s'écoulait sans pression; en même temps, le petit cordon qui semblait prolonger la tumeur du côté du mamelon était plus dur, plus tendu, plus gros. Ces symptômes, accompagnés d'un sentiment de gêne, de tension dans la mamelle, et de picotements incommodés, duraient deux à trois jours, et la tumeur reprenait son volume habituel jusqu'à la menstruation suivante, sans augmenter pendant cette période: il faut dire toutefois que la malade s'opposait, par une pression fréquente, à l'accumulation du liquide dans la tumeur.

Au mois de novembre 1873, Antoinette L... suivit pendant 2 mois un nouveau traitement à l'iodure de potassium, aussi impuissant que le premier; elle se décida à entrer dans le service de M. Verneuil le 5 janvier.

Le sein du côté gauche, un peu plus volumineux que le

droit, présente une tumeur à grand diamètre obliquement dirigé de la partie supéro-interne de la mamelle au mamelon. Elle est grosse comme un œuf de pigeon, conique, mesure en hauteur 4 à 5 centim. et 2 à 3 transversalement dans la plus grande largeur qui répond à la base de la mamelle. Elle semble plus molle et plus souple dans sa moitié supérieure; sa partie inférieure présente une résistance notable et s'effile, en diminuant jusqu'à la base du mamelon où elle disparaît : elle présente le volume d'une plume d'oie, et sa direction fait songer à une altération d'un conduit galactophore. -

Aucune adhérence à la peau, ni aux parties profondes, pas d'infection ganglionnaire. La pression, indolente, fait sortir quelques gouttes d'un liquide comparable à de la synovie.

A la partie inférieure et externe du mamelon, on sent deux autres petits cordons résistants. — La malade, inquiète, réclame l'ablation de la tumeur qui fut faite sans difficulté le 7 février. — On put, comme dans le 1^{er} cas, en l'enlevant tout entière, conserver le mamelon.

Examen de la pièce anatomique. Il nous offre les particularités suivantes, sur lesquelles je m'étendrai peu, car elles répètent à peu près celles de la première tumeur : On trouve un conduit galactophore très-dilaté qui présente, à 2 centim. du mamelon, une saillie polypiforme, arborescente, double en volume de celles de la tumeur précédente, et offrant le même aspect. En arrière de cette végétation, le conduit se dilate tout-à-coup en une vaste ampoule de 1 1/2 à 2 cent. de diamètre qui contient quelques gouttes d'un liquide clair. Dans cette sorte de réservoir commun viennent se rendre de nombreux canaux secondaires qui mènent à des culs-de-sac ampullaires.

RÉFLEXIONS. — En résumé, ces deux observations nous présentent des tumeurs du sein de médiocre volume, — aperçues chez des femmes adultes, — ayant pour cause peut-être une violence extérieure, — d'un développement lent, — sans retentissement sur l'économie.

Ces tumeurs, offrent comme symptômes cliniques, un écoulement séreux ou séro-sanguin, remarquable surtout à l'époque des règles, où il devient plus abondant, plus opaque, et parfois formé de sang presque pur (Obs. I.). A chaque menstruation, ou sur l'influence des fatigues du bras (Obs. I.) la tumeur grossit, les cordons qui la prolongent du côté du mamelon se tendent, et deviennent plus volumineux (Obs. II.). Ces changements de volume sont accompagnés de picotements et de douleurs qui durent quelques jours, puis cessent avec le retour de la tumeur à son état habituel.

Dans les deux cas, l'examen anatomique fait constater une

végétation polypiforme, ayant amené le développement d'une dilatation kystique et d'une ectasie ampullaire des conduits galactophores. Un fait analogue semble avoir été présenté à la Société en 1855, par M. Broca.

L'examen microscopique a été fait par M. le Dr NERVEU, qui a bien voulu me le communiquer :

Observation I. — Le *liquide*, contenu dans la dilatation kystique, renferme des éléments divers (épithélium et leucocytes) en voie de dégénérescence graisseuse. Les *végétations*, — qui offrent sur leur surface de petits corpuscules maintenus par un pédicule étroit et filiforme, — font constater l'existence d'un épithélioma glandulaire, à la période de début. — Le tissu conjonctif est peu abondant. (Ces végétations ont été durcies dans l'alcool absolu, leurs coupes colorées avec le picrocarminate d'ammoniaque et rendues transparentes par un séjour de quelques minutes dans l'acide oxalique.)

Observation II. — Le *liquide* offre les mêmes caractères que celui qui s'écoulait par le mamelon, c'est-à-dire : corpuscules de Glüge, leucocytes en dégénérescence graisseuse, épithélium pavimenteux graisseux, quelques corpuscules fusiformes et une certaine quantité de globules sanguins. La *végétation polypiforme* (examinée suivant la méthode indiquée plus haut), est un épithélioma à cellules cylindriques dont l'origine n'est plus dans les culs-de-sacs glandulaires, mais dans les conduits galactophores eux-mêmes.

Cette forme d'ectasie des conduits galactophores a été peu décrite. Jusqu'ici, en effet, la plupart des auteurs n'ont eu en vue que le sarcome kystique de la mamelle. Rheinhardt, puis Meckel, ont les premiers décrit le cysto-sarcome et son mode de développement aux dépens du sarcome glandulaire. Müller le désignait sous le nom de sarcome phylloïdique. Paget sous celui de kyste prolifère (glandular proliferous cyst); — Brodie de sero-cystic-sarcome; — C. Hawkins de tumeur cystique tubéreuse, — et Astley Cooper de kyste hydatique composé.

Les travaux de ces divers auteurs ont nettement établi la doctrine du sarcome kystique avec végétations phylloïdiques. Mais, au point de vue de la forme extérieure, les variétés décrites diffèrent notablement de celle que nous présentons. Dans une *première variété*, les végétations sarcomateuses remplissent tellement les dilatations kystiques qu'il est presque impossible de démêler quelque chose dans leur structure; les cavités kystiques ont disparu complètement par envahissement. Dans une *deuxième variété*, il reste comme vestige de cette structure des fentes ramifiées, dont Astley Cooper a

donné une très-belle figure. Virchow compare la surface de cette tumeur à la coupe d'un chou.

Au point de vue de la forme extérieure, les deux tumeurs que nous présentons formeraient une *troisième variété* qui expliquerait parfaitement la genèse des deux premières. Les végétations seraient très-peu développées, n'occuperaient qu'un point limité du canal, et derrière elles se trouverait, soit une dilatation kystique, soit une ectasie ampullaire de tous les conduits.

La *nature du tissu végétant* est variable : on a signalé tout d'abord le sarcome avec végétations intra-canaliculaires de même nature. Plus tard, à côté du sarcome papillaire intra-canaliculaire, on a signalé le fibrome et le myxome papillaires intra-canaliculaires.

Les tumeurs que nous avons décrites se rapporteraient à un tout autre genre, à l'épithéliome : dans le premier cas, les végétations renferment des culs-de-sac glandulaires en prolifération épithéliale manifeste ; — dans le deuxième, la végétation est entièrement constituée par de l'épithélium cylindrique dérivant d'un des conduits galactophores.

M. VERNEUIL. Ces tumeurs appartiennent à la catégorie de celles que Paget a désignées sous le nom de kystes prolifères de la mamelle ; il serait plus juste de les décrire sous le nom d'ectasie des conduits galactophores, consécutive au développement de végétations polypiformes dans leur intérieur. Ces végétations, qui dans l'espèce ne sont pas absolument semblables puisque dans un cas elles sont formées de tissu glandulaire et dans l'autre de cellules épithéliales cylindriques, constituent un véritable obstacle aux produits de sécrétion de la glande. Aussi se fait-il en arrière une dilatation plus ou moins prononcée, au même titre que pour la grenouillette du conduit de Wharton oblitéré, ou pour l'hydronéphrose à la suite d'obstruction de l'uretère. Cette disposition anatomique explique parfaitement les symptômes cliniques ; l'intermittence de l'écoulement séreux est la conséquence de la situation du polype, qui est pédiculé et forme à certains moments soupape. Enfin, le diagnostic est rendu facile par la présence de ce cordon dur, qui n'est autre que l'extrémité du canal galactophore dilaté. Ici même, si l'on avait pu prévoir que la tumeur était si voisine du conduit galactophore, on aurait pu se dispenser de faire l'ablation d'une partie de la mamelle ; il eût suffi de quelques injections iodées pour amener la guérison.

M. DESPRÉS. Je demanderai à M. Verneuil s'il ne craint pas

Soc. ANAT.

une récidive à la suite de ces tumeurs, si bénignes qu'elles paraissent. Le suintement séreux, puis sanglant, qui se fait par l'orifice du mamelon n'est pas un signe de tumeur bénigne, et même quelques auteurs, notamment Adolphe Richard, ont voulu y voir un des symptômes précurseurs du développement du carcinome. Moi-même j'ai observé à cet égard un fait très-instructif. Une dame présentait une petite tumeur de la mamelle, qui, de même que dans le fait de M. Verneuil, donnait lieu à un écoulement séreux par le mamelon. Je ne voulus pas faire l'extirpation de la tumeur, et j'attendis trois ans, l'état local ne paraissant point se modifier. A partir de cette époque l'affection prit un caractère plus grave, et j'assistai au développement rapide d'un carcinome, qui, malgré l'opération, récidiva bien vite en se généralisant à l'autre mamelle. Dans les deux observations de M. Verneuil, il n'y a pas que la dilatation des conduits galactophores ; il y a la tumeur qui a bourgeonné dans leur intérieur, et surtout de l'induration au pourtour. Or ces points indurés pourront peut-être devenir le point de départ d'une affection maligne.

M. VERNEUIL. L'objection de M. Desprès est sérieuse. Evidemment l'écoulement séro-sanguin qui se fait par le mamelon ne caractérise pas une seule espèce de tumeur : elle est le résultat pur et simple d'une dilatation du conduit galactophore. Le danger, dans le présent cas, ne pourrait provenir que de la nature de la tumeur développée dans son intérieur. Or, ici il s'agit d'un petit adénome d'une part, et de l'autre d'un épithéliome circonscrit. Or, l'extirpation a été faite assez largement pour pouvoir faire espérer que l'évolution ultérieure de la maladie sera bénigne.

M. PEYROT demande comment il peut se faire une dilatation des conduits galactophores par rétention de leurs produits de sécrétion, puisque ces conduits ne secrètent pas à l'état normal.

M. VERNEUIL. Il est vrai qu'ils sont habituellement vides, mais pour peu qu'il existe un corps étranger à leur orifice, il se fait une irritation, qui se traduit par de l'hypersécrétion, au même titre que l'épanchement du genou lié à la présence d'un corps étranger articulaire.

M. LAGRANGE. Je voudrais rapprocher des faits de M. Verneuil un cas que j'ai observé l'an dernier dans le service de M. Duplay à l'hôpital Saint-Antoine. C'était une femme d'une

cinquantaine d'années qui, sans présenter de tumeur appréciable, avait un écoulement séreux intermittent par le mamelon. Il devait y avoir un obstacle au voisinage de l'embouchure des conduits galactophores, car une fois la sérosité exprimée par la pression, il lui fallait un certain temps pour se reproduire.

M. VERNEUIL. Il est difficile souvent de constater la présence de la tumeur, lorsqu'elle est très-petite ; la plupart des signes appréciables sont fournis par la dilatation kystique des conduits qui sont remplis de sérosité. Lorsqu'ils sont vidés, une tumeur qui paraissait évidente la veille peut disparaître presque complètement, et c'est même là encore un bon signe clinique de ces sortes de tumeurs, que ces alternatives de réplétion et de vacuité du kyste.

10. Papillome d'origine probablement syphilitique de la muqueuse palatine, pharyngienne, épiglottique et laryngée, chez un sujet tuberculeux, par HOMOLLE, interne des hôpitaux.

Le 6 janvier 1873, entra dans le service de M. le docteur E. BESNIER, à Saint-Louis, un homme de vingt-quatre ans, (garçon H.), pâle, amaigri et présentant l'apparence extérieure d'un phthisique au dernier degré. Bien constitué, il conserva une belle santé jusqu'en 1868, époque à laquelle il contracta à Paris, la syphilis. Après le chancre, qui siégeait au repli balano-préputial, survinrent des plaques muqueuses, et le malade fut obligé d'entrer au Midi ; il y fit un long séjour, subit divers traitements (pilules mercurielles, frictions, injections de sublimé) et cependant ne cessa pas d'avoir des accidents qui rapidement prirent un caractère grave (syphilis ulcéreuse précoce, ulcération de la gorge). Après trois mois et demi, il quitta l'hôpital incomplètement guéri, puis, à peine sorti, il gagna une pleurésie qui paraît avoir marqué le début des accidents thoraciques qui se succédèrent à partir de cette époque.

Cependant la gorge restait malade ; convalescent de sa pleurésie, G. quitta la Pitié où il avait été traité, pour rentrer bientôt au Midi et n'en plus sortir que temporairement.

En dépit de tout traitement, les syphilides cutanées pustuleuses et ulcéreuses se répétèrent, la gorge et le voile du palais restèrent couverts de lésions que le malade désigne sous le nom d'ulcérations ; depuis cinq mois, la voix s'est altérée au point de devenir aphone. A la même époque est survenue une périostose douloureuse du tibia droit.

Le malade a, depuis quelques jours à peine, quitté le Midi,

lorsqu'il est entré dans nos salles. Il est très pâle, très maigre ; dans un état de fièvre presque continuelle ; sa respiration est courte, pénible, entrecoupée par une toux fréquente, rauque, cassée, très-peu sonore. La voix présente le même caractère de raucité extrême avec aphonie, presque complète.

La déglutition, toujours accompagnée de douleurs, ne peut guère s'effectuer sans accès de toux. Des mucosités aérées, écumeuses, mêlées de crachats muqueux, opaques, sont expectorées en grande abondance. Parfois la toux provoque un vomissement peu copieux. Le malade se dit atteint de diarrhée habituelle. Enfin, il accuse des sueurs nocturnes ; et tous les symptômes, aussi bien que son habitus extérieur, indiquent l'existence probable d'une phthisie pulmonaire dont il est facile de reconnaître les signes par l'examen de la poitrine.

Sur divers points du corps, aux membres inférieurs en particulier, existent des cicatrices décolorées, lisses, un peu irrégulières, vestiges de syphilides ulcéreuses. La langue un peu grosse est sillonnée de deux fentes linéaires antéro-postérieures et d'assez nombreuses fissures transversales.

Toute la voûte palatine et le voile sont recouverts d'une muqueuse tuméfiée, mamelonnée, comme végétante qui se déprime un peu sur la ligne médiane et se boursoufle davantage au voisinage des arcades dentaires. Elle est d'un rouge vif, luisante, comme privée d'épithélium en quelques points et ressemble à une surface traumatique, recouverte de bourgeons charnus exubérants ; de nombreuses éminences muriformes pressées les unes contre les autres lui donnent cette apparence.

L'isthme du gosier est déformé, l'arcade du côté droit est plus profonde que celle de gauche à laquelle vient adhérer la luette. Toutes ces parties sont d'ailleurs recouvertes de saillies végétantes, luxuriantes, comme la muqueuse palatine.

Le fond du pharynx présente des caractères analogues, et ces lésions semblent se continuer vers le larynx, où les troubles de la phonation indiquent la présence d'altérations profondes. Le larynx semble augmenté de volume ; il est douloureux à la pression.

La partie supérieure du thorax du côté gauche est mate à la percussion. Le souffle laryngé retentit fortement aux deux sommets, et à gauche, la respiration prend un caractère tout à fait caverneux. Des râles humides s'entendent dans toute la hauteur du même côté et, dans une moindre étendue, à droite ; ils prennent par moments le caractère de gargouillements.

L'état constaté à l'entrée resta à peu près le même tant que vécut le malade ; parfois, surtout durant le sommeil, la respiration devint serratique et parut annoncer l'imminence de l'œdème de la glotte ; à certains moments, la voix était un peu

plus sonore; à d'autres, le malade ne pouvait articuler une parole sans être pris de dyspnée avec respiration bruyante. Le 3 février, il y eut une légère hémoptysie et le malade rejeta un petit lambeau de muqueuse végétante.

Le 8, il semblait y avoir un peu d'amélioration dans l'état général, les douleurs de la gorge avaient un peu diminué; le malade s'endormit assez calme. A une heure du matin, quand le veilleur passa près de son lit, il le trouva mort; aucun accident n'avait été remarqué par les malades voisins.

AUTOPSIE. La *muqueuse de la voûte palatine*, du voile et de tout l'isthme du gosier, présente avec un certain degré de pâleur, les altérations reconnues pendant la vie.

La base de la langue est le siège d'un épaississement notable de la muqueuse qui présente de grosses éminences tuberculeuses à surface arrondie ou presque planes, séparées par des sillons entrecroisés en diverses directions sans traces d'ulcérations.

Au niveau des replis glosso-épiglottiques, l'aspect change : à ces larges tubercules succèdent des végétations papillomateuses, des saillies d'apparence très-variables, les unes pédiculées, simples ou en choux-fleurs, les autres formant des lamelles en crête de coq, ou des ponts jetés d'un point à un autre. — L'épiglotte a presque complètement disparu sous cette production hypertrophique du corps papillaire de la muqueuse; elle est hérissée elle-même de végétations et comme perdue au milieu de celles qui l'entourent. — La cavité laryngée présente un aspect analogue; la saillie des cordes vocales, la dépression ventriculaire ne se distinguent plus au milieu du tissu exubérant qui oblitère presque complètement le larynx dont les dimensions transversales semblent augmentées.

Sur les coupes de la muqueuse, on voit les papilles présenter les formes les plus variées; le tissu qui les constitue est semblable à celui des bourgeons charnus, il est entièrement embryonnaire, et dans les couches sous-jacentes, la muqueuse est infiltrée de jeunes cellules en grand nombre. Les vaisseaux dilatés dans les couches superficielles ont des parois embryonnaires. Les tubes d'excrétion des glandes sont élargis et les glandes elles-mêmes semblent augmentées de volume; le tissu conjonctif qui sépare leurs lobules est infiltré d'éléments embryonnaires.

D'après la description que nous venons de donner, on voit que nulle part il n'existe d'ulcérations et que, s'il en a existé, comme le dire du malade le fait supposer, elles ont dû être superficielles, puisqu'elles n'ont pas détruit les couches supérieures de la muqueuse. La lésion élémentaire actuelle est un papillome; mais d'après ses caractères seuls, il est difficile de

déterminer s'il doit être rattaché à la syphilis ou à la tuberculose. L'absence complète d'altération des cartilages éloigne la dernière hypothèse, bien que les divers organes présentent des lésions tuberculeuses, et qu'aucun d'eux ne renferme ni gommes, ni autres produits syphilitiques.

Les poumons adhèrent fortement à la plèvre pariétale. Le lobe supérieur gauche est creusé d'une vaste caverne dont les parois scléreuses renferment de nombreuses granulations tuberculeuses groupées en grappes pour la plupart. Des lésions beaucoup moins avancées, s'observent à droite et à gauche (infiltration grise, infiltration gélatiniforme, pneumonie interstitielle.)

Le *foie*, gros et gras, présente de nombreuses granulations milliaires demi-transparentes sous la séreuse. — Les reins, volumineux, bosselés, renferment quelques grosses granulations opaques. — La *rate* est aussi augmentée de volume, elle ne renferme pas de tubercules. — Le *cœur* présente un peu d'épaississement du bord libre de la valvule mitrale. — L'encéphale ne présente pas de lésion qui puisse expliquer la mort.

M. DEBOVE fait remarquer que cette langue ressemble beaucoup, comme aspect, à une pièce recueillie en 1871, dans le service de M. Isambert, chez un tuberculeux, et présentée à la Société, par M. Terrillon. Là encore il n'y avait pas d'ulcération, mais des végétations verruqueuses.

M. RECLUS rappelle que sur un sujet tuberculeux dont il eut l'occasion de suivre la maladie, dans le service de M. Féréol, les ulcérations linguales avaient été précédées d'une phase hypertrophique; la langue présentait alors un aspect assez analogue à celui de la pièce actuelle.

11. Syphilis infantile. — Lésions du tissu osseux, par
M. A. PONCET, membre correspondant de la Société anatomique.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat des observations avec autopsies de douze enfants nouveau-nés présentant, les uns, des accidents syphilitiques apparents, les autres, n'ayant aucune manifestation extérieure de la syphilis, mais provenant d'un père ou d'une mère notoirement en puissance de vérole.

Depuis les remarquables travaux de MM. Parrot et Wegner sur les altérations du tissu osseux chez les nouveau-nés, syphilitiques, j'ai, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, recherché l'état des os, dans les autopsies que j'ai pu

faits de nouveau-nés. Pendant mon internat à l'Antiquaille, je les ai rencontrées 5 ou 6 fois, j'en ai présenté les pièces à la Société des Sciences médicales et pendant les six derniers mois de 1873, que j'ai passés à la Maternité de Lyon, il m'a été donné de recueillir douze observations, avec autopsie, de syphilis infantile.

Sur ces douze cas se trouvent quatre mort-nés, âgés de 6 à 7 mois, et un enfant ayant respiré 3 à 4 minutes. L'âge des autres enfants varie entre 3 jours et 1 mois; un était âgé de 3 mois, et un seul de 6 mois.

Cinq offraient des manifestations syphilitiques extérieures (plaques muqueuses, éruption cutanée). Neuf fois, le tissu osseux était malade à un degré variable, deux fois ces lésions s'accompagnaient de décollement épiphysaire plus ou moins complet, non pas simplement d'une épiphyse, mais de toutes les épiphyses des os longs. Deux fois les os étaient manifestement rachitiques, une seule fois le tissu osseux était complètement sain (Obs. VI), quoique la mère eut eu, il y a 10 ans, la syphilis. Elle avait suivi deux traitements à l'Antiquaille.

Mon intention n'est pas d'entrer dans la description des altérations pathologiques du tissu osseux, les indiquant suffisamment dans chaque observation, je les signale brièvement; je dois toutefois faire remarquer que deux fois toutes les épiphyses des os longs étaient décollées. Ce décollement ne saurait être attribué à une macération de quelques jours du fœtus dans le liquide amniotique, car pour plusieurs os longs il existait, entre l'épiphyse décollée et la diaphyse, un liquide d'apparence purulente.

L'examen des parents des enfants, qu'il est souvent difficile de faire, les renseignements qu'ils m'ont fournis sur l'âge probable de leur syphilis, sur les traitements antérieurs, permettent de soulever une question des plus intéressantes : celle de l'apparition précoce et de l'évolution rapide des lésions osseuses syphilitiques. Plusieurs des accouchées avaient vu apparaître les accidents secondaires pendant leur grossesse, elles avortaient à 6 et 7 mois, et en l'absence de toute lésion des organes chez le mort-né on trouvait l'altération caractéristique du tissu osseux.

Les altérations des os chez les nouveau-nés syphilitiques paraissent donc être de tous les accidents syphilitiques, le plus fréquent, peut-être serait-il pour les nouveau-nés la première manifestation syphilitique comme la plaque muqueuse l'est habituellement chez l'adulte.

J'avais encore remarqué que les deux enfants de 3 et 6 mois, issus de parents syphilitiques étaient rachitiques. Ces

deux faits viennent à l'appui de la manière de voir de M. Parrot; en vieillissant, la syphilis osseuse devient le rachitisme.

Dans notre observation VIII, le passage de la syphilis au rachitisme est peut-être encore plus net, nous voyons un enfant de 2 ans rachitique, provenant d'un père syphilitique et le même individu avoir deux ans plus tard de la même femme un enfant mort-né dont tous les os présentaient au plus haut degré les lésions décrites par M. Parrot.

Une question importante à résoudre serait celle de l'influence d'un traitement général suivi par la mère dès le début des accidents. Notre observation IX montre, en effet, une femme qui ayant eu la syphilis, il y a 10 ans, et ayant suivi deux fois un traitement spécifique, donna le jour à un enfant dont le tissu osseux et les organes ne présentaient aucune altération.

En terminant ces quelques remarques, je tiens à dire un mot d'une altération de l'émail dentaire que j'ai constamment rencontré chez tous les morts-nés syphilitiques et que j'avais cru un instant dû à la syphilis. Dans les cas auxquels je fais allusion, la dent encore enfermée dans l'alvéole se détache très-facilement, elle a perdu sa coloration blanche, laiteuse elle a une teinte jaune foncé. Ce changement de coloration est dû à une altération de l'émail. Par le raclage avec le scalpel, on obtient une poussière jaunâtre où l'on voit au microscope des débris de fibres à plusieurs pans, d'un gris jaunâtre, et de nombreuses granulations graisseuses.

Cette altération de l'émail dentaire doit être attribuée à la macération du fœtus dans le liquide amniotique, je l'ai trouvée, en effet, chez des fœtus macérés qui n'étaient pas syphilitiques et je l'ai produite expérimentalement en faisant macérer pendant quelques jours des maxillaires de nouveau-nés avec leurs dents.

Je ne saurais donner lecture de douze observations de syphilis infantile et j'y ai joint, du reste, un tableau résumé qui permettra d'en prendre une connaissance rapide.

Observation I. — Chartanier Joséphine âgée de trois semaines a été apportée à la crèche le 27 avril 1873; elle est morte le 5 mai de la même année. L'enfant maigre, chétif, est apportée par sa nourrice. Elle présente des plaques muqueuses à l'anus et aux commissures labiales. Point de renseignements sur ses parents. Pendant les quelques jours qu'elle passe dans le service, on ne voit pas d'autres lésions que celles déjà signalées. L'enfant se sert de ses quatre membres. Mort le 5 mai.

AUTOPSIE le 6. Les deux poumons à la partie postérieure, le long de la colonne vertébrale sont sur une hauteur de 40 à 45 millimètres le siège d'une congestion marquée. Ils sont, dans ces points, durs, résistants au toucher, comme carnifiés; un morceau de leur tissu va au fond de l'eau. Rien du côté des *plèvres*, du *cœur* et du *péricarde*. — *Foie* sain. Poids 130 gr. — *Rate* saine. Poids 16 gr.

Tous les os longs sont dépouillés avec soin de leurs parties molles et sciés suivant leur longueur; sur la plupart des os longs la couche chondroïde est doublée d'épaisseur et comme ramollie. La couche chondro-calcaire est d'un jaune gris, blanchâtre, crayeuse et le tissu spongieux des extrémités de la diaphyse d'un jaune chamois. Le périoste est épaissi, mais il n'existe pas de couches osseuses de nouvelle formation. Les épiphyses se détachent facilement de la diaphyse, la cassure se fait dans le tissu spongieux, et 1 ou 2 millimètres de cette substance osseuse friable, comme graveleuse reste adhérent à l'épiphyse.

Observation II. — Anne Schneider, âgée de 1 mois, est apportée moribonde à la crèche le 6 mai 1873. Mort, 1 heure après son entrée. L'enfant n'a pas été examinée de son vivant. Sur le cadavre, on ne voit aucune trace d'éruption, la lèvre supérieure est couverte de mucosités sanieuses, provenant des fosses nasales.

AUTOPSIE le 7 mai 1873. Les poumons n'offrent d'autre altération qu'un peu de congestion à leur base. Pris en ce point un morceau du tissu pulmonaire va au fond de l'eau. Le *foie* est volumineux, poids 231 gr., il est d'une teinte jaune (pierre à fusil) et présente l'altération caractéristique si bien décrite par M. Gubler. Les *reins* et la *rate* sont sains. La *rate* est volumineuse. Poids de la *rate* 48 gr.

A l'ouverture de l'articulation du *coude* droit, issue d'un pus épais, crémeux. Les extrémités osseuses et articulaires ne sont nullement malades, le pus provient de la synoviale épaissie et un peu hypérémiee. — Les deux articulations *coxo-fémorales* contiennent également quelques gouttes d'un pus épais formé aux dépens de la synoviale, les cartilages, le tissu osseux sont, en effet, complètement indemnes de toute altération. Dans le pli de l'*aîne droite* se trouvent quatre ganglions de la grosseur d'une petite noisette; ils sont, à la coupe, d'un rouge foncé.

Tissu osseux. — On ne trouve nul part de décollement épiphysaire et le pus qui existe dans quelques articulations est dû à une synovite.

Les *os longs* sont sciés suivant leur longueur; le tissu spongieux justa-épiphysaire est d'une teinte grise jaunâtre, il se

brise facilement et la couche chondro-calcaire est comme sablonneuse. — Les points d'ossification des os courts, le tissu osseux des os plats offrent cette même coloration. — Le *périoste* est épaissi surtout aux extrémités des diaphyses; en le détachant de l'os, on enlève en même temps des parcelles osseuses grisâtres, rugueuses.

Observation III. — Dumaître Marie, mort-né. Avortement à six mois et demi, la mère nie tout accident syphilitique, elle a eu déjà deux avortements antérieurs à 3 et 4 mois. Le père de l'enfant serait un soldat.

AUTOPSIE. Fœtus macéré. Pas de lésions apparentes des divers organes, autres que celles produites par la macération. — *Tissu osseux.* Aucune des épiphyses n'est séparée de la diaphyse, mais on trouve là encore les altérations décrites des extrémités diaphysaires et à un moindre degré, l'épaississement périostique.

Observation IV. — Alexandre Allemand, âgé de 3 mois, est entré à la Crèche le 19 juillet 1873. Il est mort le 3 août. — L'enfant a été apporté par une nourrice. Sur le dos et sur les épaules on voit une éruption d'apparence eczémateuse.

La mère, de mœurs plus que légères, nie toute contamination et ne présente aucun accident syphilitique mais elle a été pendant plusieurs mois la maîtresse d'individus que nous connaissons comme ayant eu récemment la syphilis.

AUTOPSIE. — Pas de lésions des divers organes. — *Tissu osseux.* — Les os longs se laissent couper facilement avec un scalpel, la substance compacte offre en certains points 2 ou 3 couches concentriques, le canal médullaire est rempli d'une moëlle rouge foncé. Le cartilage d'accroissement est triplé d'épaisseur, irrégulier; on trouve là des lésions rachitiques non douteuses.

Observation V. — Gondy, fille, mort-née. Au dire de la mère, depuis 9 jours, elle ne sentait plus son enfant. Elle est âgée de 28 ans et a eu, il y a 2 ans, une première grossesse qui n'a offert aucune particularité. Elle est atteinte de nombreuses plaques muqueuses à la vulve, à la gorge et aux commissures labiales. Elle raconte avoir eu, il y a 3 mois, un ganglion sous-maxillaire gauche, volumineux, un peu douloureux à la pression; à la même époque elle souffrait de la gorge et avait une aphonie à peu près complète. Céphalée, surtout nocturne. Elle n'a jamais fait aucun traitement spécifique.

AUTOPSIE. — Poids de l'enfant 1,400 gr. La mort paraît remonter à plusieurs jours, la peau est macérée, l'épiderme se détache de lui-même. — *Foie.* Poids 79 gr. — *Rate* 18 gr. — Les *poumons* et les autres organes sont sains. — *Tissu osseux.* Pas de décollement épiphysaire; même altération déjà décrite, de

tout le tissu osseux. Périoste épaissi aux extrémités diaphysaires ; couches osseuses irrégulières.

Observ. VI. S. B., âgée de 35 ans est entrée à la Maternité le 14 septembre 1873. — Cette femme a fait il y a 10 ans, un séjour à l'Antiquaille pour des plaques muqueuses. Elle eut, il y a 17 mois, un premier enfant qui, quelques jours après sa naissance, présentait un pemphigus et des plaques muqueuses. Quoique n'ayant aucun accident, elle entra dans le même hôpital où elle resta 4 mois, suivant un traitement général pendant qu'elle allaitait son enfant. — Le 15 septembre, la malade accouchait d'un enfant, gros, bien constitué, n'ayant aucun accident syphilitique apparent. Il mourut le 18 septembre 1873.

AUTOPSIE. — Pleuro-pneumonie droite, le poumon est hépatisé dans son entier (hépatisation rouge) ; la cavité pleurale contient un demi-verre de liquide coloré et jaune brun. A gauche, congestion pulmonaire très-marquée. Foie volumineux, gorgé de sang. Rien de particulier du côté de la rate et des reins. — Tissu osseux complètement sain ; les os longs sciés et les os courts coupés sont indemnes de toute lésion.

Observ. VII. — J. C., âgée de 20 ans, exerçant la profession de couturière, est entrée à la Maternité le 4 septembre 1873. Cette fille a été réglée pour la dernière fois le 15 janvier 1873. En mars de la même année, céphalée violente surtout pendant la nuit, névralgie faciale, plaques muqueuses, éruption cutanée. La malade n'a fait aucun traitement. Il y a un mois, perte sanguine abondante. Depuis lors plus de mouvements du fœtus. Les premières douleurs remontent au 1^{er} septembre. Avortement le 4 septembre.

AUTOPSIE. — Enfant macéré, l'épiderme se détache partout très-facilement. Pas de traces d'éruption et de plaques muqueuses aux lieux d'élection. Les différents viscères ne présentent pas d'autres lésions que celles qu'on observe chez des fœtus macérés. La rate est augmentée de volume. — Rien dans les diverses articulations. Tous les os longs offrent la même altération. Le tissu spongieux, à partir des épiphyses sur une hauteur de 3 à 4 millimètres, est jaunâtre, graveleux, s'enlevant très-facilement avec la pointe d'un scalpel sous la forme de grains de sable. A ce niveau, l'os se brise très-facilement, la cassure est dentelée, irrégulière, (il n'y a séparation de l'épiphyse de la diaphyse) ; avec l'épiphyse reste 1 ou 2 millimètres de cette substance osseuse altérée. Sur quelques os, on voit dans cette zone crayeuse, comme des points raréfiés, c'est à ce niveau que paraît se faire la brisure. Les os courts et plats, le tissu spongieux des vertèbres, sont atteints des mêmes lésions. Lorsque'on incise la muqueuse qui recou-

vre les cavités alvéolaires, on aperçoit au fond de petites masses jaunâtres qui ne sont autres que des dents. Ces petites masses solides abandonnent en quelque sorte d'elles-mêmes la pulpe dentaire.

La dent a une teinte jaunâtre très-marquée, bien différente de la teinte laiteuse des dents chez un fœtus sain. Cette coloration jaune paraît due à une altération de l'émail. En raclant avec un scalpel, on enlève assez facilement l'émail et on trouve au-dessous l'ivoire qui a sa coloration normale.

La poussière de l'émail, examinée au microscope, se présente sous la forme de fibres à plusieurs pans, ayant isolément cette teinte jaunâtre. La plupart de ces fibres sont ratatinées, beaucoup sont brisées, irrégulières; on aperçoit de plus un grand nombre de granulations graisseuses.

Observ. VIII. — M. D., âgée de 21 ans, est entrée à la Maternité le 19 septembre 1873. Le 19 septembre cette fille, qui paraît jouir d'une belle santé, accouche d'un enfant qui a respiré pendant 3 à 4 minutes. Rien ne fait supposer la syphilis chez la mère; depuis deux ans elle vit avec un jeune homme âgé de 21 ans et dont elle a eu, il y a 16 mois, un premier enfant. Nous avons vu cet enfant qui vit encore, il est manifestement rachitique. Quant au père que nous avons pu interroger et examiner, il a eu, à l'âge de 15 ans, un chancre dont il porte une large cicatrice cuivrée sur la peau du prépuce. Cet homme n'a jamais fait de traitement spécifique, il n'a jamais eu, dit-il, aucun accident. Depuis plusieurs années il souffre parfois d'une névralgie temporale; il a observé, en outre, un affaiblissement notable de sa mémoire.

AUTOPSIE. — Bulles de pemphigus crevées à la paume des mains et à la plante des pieds. Quelques larges papules cuivrées sur le dos et le ventre. Abdomen distendu, à l'incision, il s'écoule une quantité notable d'un liquide séreux, verdâtre.

Pris en masse, chaque poumon va au fond de l'eau. Tout-à-fait à la base du poumon droit, légère crépitation. Sur les deux poumons, piqueté hémorragique au-dessous des plèvres. Le foie est très-volumineux, il occupe aussi bien l'hypochondre gauche que l'hypochondre droit. — Rien du côté de la rate et des reins.

Tissu osseux. Le tissu osseux offre l'altération spéciale. Toutes les épiphyses sont décollées et plus ou moins mobiles. Les deux extrémités supérieures des fémurs, l'extrémité supérieure du radius gauche et de l'humérus du même côté ne sont plus maintenus que par le périoste, à l'incision duquel l'on voit sourdre une goutte de pus épais.

Toutes les articulations sont saines. La mobilité des épiphyses ne se constate bien que lorsqu'on a dépouillé avec

précaution l'os de ses parties molles. Si avec la pointe du scalpel on pousse légèrement l'épiphyse, on lui imprime des mouvements dans tous les sens. A ce niveau, le périoste est notablement épaissi et seul il maintient encore les deux parties en contact. A l'ouverture de ce canal périostique, on voit une goutte ou deux d'un liquide comme purulent, lorsqu'on le presse entre deux doigts on sent de petits graviers très-fins, qui ne sont autres que de petits séquestres osseux. L'épaississement périostique diminue à mesure qu'on se rapproche de la partie moyenne de la diaphyse. Au-dessous de lui, l'os est dépoli, rugueux. Pas d'exostoses.

Observation IX. — R. F., âgée de 22 ans, exerçant la profession de repasseuse, est enceinte de 6 mois 1/2. Elle entre à la Maternité le 22 sept. 1873. — Elle présente de nombreuses plaques muqueuses à la vulve. Elle raconte avoir eu, un mois après le début de sa grossesse, des maux de gorge persistants et une éruption cutanée qui disparut d'elle-même. Elle n'a jamais fait aucun traitement spécifique. Depuis 8 jours elle ne sent plus bouger son enfant.

AUTOPSIE. — Fœtus macéré. Aucune altération des divers organes. Tous les tissus sont infiltrés d'une sérosité rouge vineux.

Tissu osseux. Les épiphyses des os longs sont décollées et légèrement mobiles, elles ne sont plus maintenues que par le périoste. Les portions juxta-épiphysaires ont une teinte blanchâtre, crayeuse, déjà signalée. Lésions identiques à celles de l'observation précédente. Rien dans les articulations.

Observation X. — Grange Claudine, née à la Maternité le 12 mai 1873, meurt le 15 mai 1873. La mère est âgée de 35 ans; elle a deux enfants de 5 à 8 ans, qui nous ont paru d'une très-belle santé. Elle raconte être enceinte de 7 mois. Sa voix enrouée appelle l'attention du côté de sa gorge; on y voit, ainsi que sur la muqueuse buccale du côté droit, des plaques muqueuses très-nettes. Pas d'éruption cutanée, si ce n'est une pustule d'ecthyma au niveau de la clavicule droite. On ne peut savoir à quelle époque remonte la syphilis.

AUTOPSIE. — Poids de l'enfant 1,200 gr. Foie 42 gr. Rate 5 gr. Pas de lésions des divers organes. Les deux poumons sont congestionnés à leur base, dans quelques points même, il paraît y avoir une véritable infiltration sanguine du parenchyme pulmonaire. — Aucune altération du tissu osseux.

Observation XI. — Brozard Lucie, âgée de 12 jours, meurt à la Crèche le 8 mai 1873. Lors de sa naissance l'enfant présentait sur le tronc, les membres supérieurs et surtout sur les membres inférieurs une éruption papuleuse caractéristique. Il n'existait pas de plaques muqueuses. La mère, âgée

SYPHILIS DES PARENTS.		RENSEIGNEMENTS.		ÂGE DES NOUVEAU-NÉS.		ACCIDENTS SYPHILITIQUES APPARENTS.		LÉSIONS DU TISSU OSSEUX.	
Observ. I.	Parents inconnus.	Aucun renseignement.		3 semaines.		Plaques mugueuses à l'anus et aux commissures labiales. Coryza.		Altération existante, mais peu marquée du tissu osseux.	
Observ. II.	Parents inconnus.	Aucun enseignement.		1 mois.				Pus dans l'articulation du coude droit et dans les deux articulations coxo-fémorales. Ce pus est le fait d'une arthrite des parties molles; les surfaces articulaires sont saines. Altération centrale de tout le tissu osseux.	
Observ. III.	Avortement à 6 mois et demi.	Deux avortements antérieurs à 3 et 4 mois. Sans accident syphilitique apparent. Elle a été la maîtresse d'individus nouvellement syphilitiques.		Mort-né. 3 mois.		Eruption d'apparence eczémateuse.		Lésions spéciales du tissu osseux. Les os se laissent couper facilement. Rachitisme peu marqué. Altération caractéristique.	
Observ. IV.	Mère ne présentant aucun accident syphilitique.	Le début des accidents secondaires parut remonter seulement à 3 mois. Pas de traitement.		Mort-né. 3 jours.				Tissu osseux complètement sain.	
Observ. V.	Mère avec des plaques mugueuses à la gorge et à la vulve.	Elle a fait il y a dix ans un premier séjour à l'Antiquaille pour des plaques mugueuses. Nouveau traitement dans le même hôpital. Il y a 17 mois.		Mort-né.				Lésions spéciales.	
Observ. VI.	La mère, lors de ses couches, ne présente aucun accident syphilitique.	Les accidents secondaires ont apparu deux mois après la grossesse. Jamais de traitement.		L'enfant a respiré 3 à 4 minutes.		Bulles de pemphigus, crevées. Grandes éruptions sur le dos et le ventre.		Toutes les épiphyses des os longs sont décollées et plus ou moins mobiles. Elles ne sont plus maintenues que par le périoste, à l'incision duquel on voit sourdre du pus par les deux extrémités supérieures du fémur, du radius et de l'humérus gauche.	
Observ. VII.	Plaques mugueuses à la vulve.	Les accidents secondaires remontent à 1 mois après le début de la grossesse. La mère raconte être enceinte de 7 mois.		Mort-né. 3 jours. 12 jours. 6 mois.		Eruption papuleuse.		Toutes les épiphyses des os longs sont décollées et légèrement mobiles. Tissu osseux sain. Lésions spéciales du tissu osseux.	
Observ. VIII.	La mère jouit d'une belle santé. Sans accident syphilitique.	Père âgé de 21 ans, ayant eu 1 chancre syphilitique à l'âge de 15 ans. Jamais de traitement.						Lésions rachitiques évidentes.	
Observ. IX.	Avortement à 6 mois et demi.	Les accidents secondaires remontent à 1 mois après le début de la grossesse.							
Observ. X.	Plaques mugueuses à la gorge.								
Observ. XI.	La mère ne présente aucun accident syphilitique.								
Observ. XII.	Mère en traitement à l'Antiquaille pour des accidents secondaires.								

de 38 ans, fut examinée avec soin; on ne trouva [nulle] part d'accidents syphilitiques. Elle nia, en plus, toute contamination et tout accident ultérieur.

AUTOPSIE. — Rien du côté des plèvres, du cœur et du péricarde. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé un morceau de ce tissu va au fond de l'eau. *Foie* volumineux, gorgé de sang. Poids 236 gr. *Rate*, poids 18 gr.

Tissu osseux. A la coupe, teinte jaune chamois du tissu spongieux des vertèbres, des os longs, des os courts. Couche chondro-calcaire, mesurant 1 millimètre d'épaisseur sur la plupart des os longs, d'un jaune gris. Os très-friables à ce niveau. Ni exostoses, ni décollement.

Observation XII. — L'enfant, âgé de 6 mois, est apporté par sa nourrice, le 7 avril 1873. Il a maigri beaucoup depuis quelque temps. Diarrhée abondante. Les extrémités osseuses sont volumineuses, l'enfant paraît rachitique. Il est né à l'Antiquaille, sa mère est encore en traitement dans cet hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires. — 12 mars 1873, mort.

AUTOPSIE. — Pas de lésion des différents viscères. *Foie*, poids 180 gr. *Rate*, poids 18 gr. Les *os longs* offrent les particularités suivantes : On les divise facilement avec la lame mince d'un scalpel. La substance compacte est feuilletée, d'un gris sale, le canal médullaire très-large, rempli d'une moelle rouge, abondante, qui abandonne facilement les parois osseuses sous la pression d'un petit filet d'eau. Sur l'humérus, on compte jusqu'à 4 couches feuilletées. Les portions juxta-épiphysaires, diminuées de hauteur présentent de larges vacuoles, remplies de moelle rouge. Les cartilages d'accroissement mesurent 4 à 5 millimètres d'épaisseur (Rachitisme).

12. Corps étrangers intra-oculaires, énucléation de l'œil, par M. REMY, interne des hôpitaux.

M. REMY montre à la Société l'œil d'un malade qui avait reçu quelque temps auparavant un éclat d'acier qui, après avoir traversé la sclérotique, était venu se placer en dedans de la choroïde au voisinage du cristallin. Le développement d'une cataracte traumatique, surtout l'apparition d'une ophthalmie sympathique dans l'autre œil nécessitèrent son ablation.

Un autre œil, que présente également M. Remy, offre cette particularité, que le corps étranger, bien qu'ayant séjourné plusieurs mois dans le corps vitré, n'avait point altéré la transparence de cet organe. C'était un fragment d'os qui

avait sauté dans l'œil de la malade. On dut également l'opérer à cause de phénomènes d'ophtalmie sympathique.

13. Sarcome de la choroïde, par M. REMY.

Cette pièce provient, comme la précédente, de la clinique de M. GALEZOWSKI. La tumeur paraît s'être développée primitivement à la partie externe de la choroïde, car la vision a commencé à être altérée pour les objets placés en dedans. Contrairement à ce qui est de règle dans cette affection, jamais il ne se produisit aucune poussée glaucomateuse : en revanche, l'autre œil fut le siège de quelques troubles sympathiques fonctionnels, sans qu'il y eût de phénomènes douloureux appréciables. Cette particularité trouve peut-être son explication dans le siège insolite de la tumeur, qui est placée en arrière, à la partie supérieure de la choroïde, tout près du nerf optique.

14. Fracture par pénétration de l'extrémité supérieure de l'humérus, par M. REMY, interne.

Cette pièce a été recueillie à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. TILLAUX. La malade, qui en était atteinte, était tombée sur le moignon de l'épaule : lorsqu'elle se présenta à l'hôpital, elle n'offrait point de déformation de la région, et l'on sentait à peine une crépitation obscure. La mort étant survenue quelques jours après, à la suite d'une péritonite, on put voir qu'il s'agissait d'une fracture par éclatement de la tête de l'humérus sans déplacement de fragments.

15. Anomalie de l'orifice aortique, par HUTINEL, interne des hôpitaux.

Carpentier, épicier, âgé de 40 ans, entre le 7 janvier 1874, à la Charité, dans le service de M. BOURDON (St-Louis, n° 13). — Cet homme avait déjà été traité vers la fin de novembre 1873 dans le service de M. Bourdon pour une pleurésie avec épanchement séreux abondant, et il était alors très notablement amélioré quand il fit l'imprudence d'exiger sa sortie, et de retourner à son travail. Le 7 janvier, on lui trouve dans la plèvre gauche un épanchement qui remonte en arrière jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate et refoule le cœur à un travers de doigt du sternum.

Il n'y a dans les antécédents ni syphilis, ni alcoolisme avoué; le malade dit n'avoir jamais ressenti de palpitations violentes,

et n'avoir eu aucun motif qui pût lui faire croire qu'il avait une maladie de cœur. Cependant en auscultant le cœur déplacé vers la droite, on perçoit à la base un souffle rude, évidemment organique, que l'on peut suivre dans les vaisseaux du cou, et qui retentit fortement à la pointe où il couvre complètement le 1^{er} bruit. Ce souffle s'entend exclusivement au 1^{er} temps ; le 2^e bruit est nettement éteint. L'impulsion du cœur n'est pas exagérée. Le pouls est régulier, petit, dur, et bat 75 fois par minute. Les artères de l'avant-bras et les crurales ne semblent pas athéromateuses.

La lésion cardiaque n'avait pas été reconnue au mois de novembre, on se demande donc si son apparition est de date récente. — Les signes stéthoscopiques ne subissent aucune modification appréciable à partir du premier examen.

16 *janvier* : Le malade subit la thoracentèse. On retire 1 litre 1/4 de sérosité citrine parfaitement claire. — 26 *janvier* : La fièvre s'allume, l'état général devient mauvais. — 30 *janvier* : Une ponction exploratrice démontre que l'épanchement est devenu complètement purulent. — 2 *février* : M. Gosselin fait l'opération de l'empyème. — 11 *février* : Le malade succombe.

AUTOPSIE. — Le cœur occupe à peu près sa position normale. Le *péricarde* est complètement sain et ne présente aucun épaississement : il se confond à gauche avec la plèvre, considérablement épaissie. Le cœur est un peu hypertrophié. L'augmentation de volume porte surtout sur le ventricule gauche, dont les parois épaisses, résistantes, ont une teinte légèrement feuille-morte.

Les *orifices artériels* sont parfaitement suffisants. Après l'ouverture des ventricules, on constate une imbibition cadavérique très notable des cavités droites qui d'ailleurs sont entièrement saines, et ne contiennent que du sang liquide. Il y a un peu d'insuffisance de la valvule mitrale, dont la valvule gauche épaissie et ratatinée, est comme appliquée par ses cordages tendineux rétractés à la paroi du ventricule.

L'*orifice aortique* a une circonférence de 7 centimètres et demi. Il ne présente que deux valvules larges circonscrivant des culs-de-sacs profonds et suffisant à l'occlusion. L'une de ces valvules est située en avant et se trouve placée à droite sur la coupe ; l'autre est en arrière. Au point où elles se réunissent à leur extrémité droite on constate un épaississement très notable, verruqueux, de consistance très-dure, de l'endocarde intervalvulaire. L'épaississement se prolonge dans la valvule antérieure l'espace d'un centimètre et demi. A l'endroit où il finit, on voit dans la concavité de la valvule déformée une ligne rugueuse, indurée, saillante représentant évidemment

la ligne de jonction de deux valvules ; au pourtour de l'orifice aortique on constate quelques taches athéromateuses. D'autres plaques se trouvent dans la crosse de l'aorte ; mais les lésions artérielles son beaucoup moins avancées que la lésion cardiaque.

Il est certain que dans ce cas il n'y a pas anomalie congénitale de l'orifice aortique. La ligne saillante que l'on observe sur la valvule antérieure indique qu'il y a eu accollement et fusion de deux valvules. Les renseignements faisant complètement défaut, on ne peut savoir si, à une époque antérieure, il y a eu insuffisance aortique ; mais le point le plus remarquable de cette anomalie est la persistance de la suffisance des valvules.

M. CHARCOT. Des faits de ce genre ont été décrits par Jacks dans le *Journal de Prague*, qui insiste sur le mécanisme de cette compensation naturelle, par élargissement des valvules préexistantes. Ici, ce mécanisme apparaît de la façon la plus nette.

16. Myxome de la région sous-maxillaire, par M. HYBRÉ, interne.

M. HYBRÉ présente une volumineuse tumeur enlevée par M. DEMARQUAY à une femme d'une quarantaine d'années. Cette tumeur s'était développée il y a 12 ans ; elle avait débuté par un petit noyau dur situé à l'angle de la mâchoire, immédiatement sous la peau ; puis successivement la tumeur avait fait des progrès, au point qu'elle remplissait toute la région sus et sous-hyoïdienne et déformait le cou. Elle avait atteint le volume du poing.

L'énucléation de cette tumeur fut facile. Au toucher elle présente une moindre résistance, et sur quelques points une pseudo-fluctuation. A la coupe, elle est constituée par un tissu blanchâtre, mou, sur quelques points translucides et gélatineux. L'examen microscopique, pratiqué au laboratoire du Collège de France, a montré que c'était un myxome.

17. Hypertrophie prostatique et valvule vésicale, par M. ANGELOT, interne des hôpitaux.

M. ANGELOT présente des pièces relatives à un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate et qui succomba aux suites d'une néphrite purulente. Les deux lobes latéraux de la prostate sont très-volumineux et laissent entr'eux un étroit

canal; sur la ligne médiane, vers la partie postérieure de la glande, les deux lobes latéraux sont reliés par une espèce de pont fibreux formant une valvule, contre laquelle venaient se butter toutes les sondes.

Dans les derniers jours de sa vie on avait dû pratiquer sept fois la ponction de la vessie avec les instruments aspirateurs; malgré ces traumatismes répétés, il ne s'est produit aucune infiltration d'urine; on ne peut même découvrir la trace des piqûres.

18. Endocardite puerpérale végétante et ulcéreuse, anévrysme valvulaire, par le D^r Henry LIOUVILLE.

Cette pièce a été recueillie sur une femme qui mourut au 7^e mois de sa grossesse, après avoir présenté des symptômes typhoïdes. On trouva à l'autopsie des lésions d'endocardite récente, surtout au voisinage de l'orifice aortique. Les valvules présentent de petites végétations verruqueuses: l'une d'elles est perforée, et l'ulcération forme un petit abcès de la grosseur d'un pois, au point d'insertion des valvules. Dans l'intérieur des ventricules, on trouve les traces d'une endocardite mitrale ancienne, et une dégénérescence graisseuse des muscles du cœur assez avancée. Le rein gauche présentait un petit infarctus.

19. Calculs de la prostate ne s'étant traduits pendant la vie par aucun symptôme, par M. LONGUET, interne des hôpitaux.

M. LONGUET présente des pièces provenant de l'autopsie d'un homme mort d'une affection cardiaque compliquée d'albuminurie. — Indépendamment des lésions dues à sa maladie de cœur, on trouva dans sa vessie les altérations suivantes.

L'orifice vésical de l'urèthre était fort rétréci, et presque obstrué par une saillie musculaire transversale qui formait une valvule. En ouvrant la portion prostatique de l'urèthre, on vit deux saillies prononcées aux côtés du vérumontanum, c'étaient les lobes latéraux de la prostate, qui contenaient dans leur intérieur deux calculs oblongs, de la grosseur d'un haricot, entourés de mucus visqueux simulant une enveloppe membraneuse.

D'autres calculs, plus petits, existaient dans l'urèthre et le bassinnet: enfin en sectionnant le rein, on en trouva un petit qui occupait l'intérieur d'une pyramide de Malpighi. — Tous ces calculs n'avaient donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme.

Séance du 20 février.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

20. Tumeur du médiastin (*Lymphadénome*). Observation et réflexions par Daniel PASTURAUD, interne des hôpitaux.

Les tumeurs du médiastin (j'entends les tumeurs ayant pris naissance dans le tissu cellulaire ou les ganglions de la région) sont rares. On en trouve bien quelques cas signalés dans les différents recueils scientifiques, et en particulier dans les *Archives générales de médecine*. M. Servier a pu même, à l'aide de ces documents, retracer l'histoire générale de ces tumeurs dans un article intéressant du *Dictionnaire encyclopédique*, mais le nombre d'observations que possède la littérature médicale est encore assez restreint pour que je croie utile de publier le cas suivant qu'il m'a été donné d'observer dans le service de M. Empis. Il présente, du reste, un très grand intérêt au point de vue de la nature des symptômes et de la marche de l'affection.

On a signalé dans cette région à peu près toutes les espèces de tumeurs : cancers, kystes simples, kystes hydatiques, pileux, hypertrophies ganglionnaires, et il n'y a guère, dit M. Servier, que les tumeurs purement graisseuses ou fibreuses dont on n'ait pas cité d'observations. Je ne crois pas qu'il existe non plus d'exemple de lymphadénome développé dans le médiastin. Il est vrai que c'est seulement dans ces dernières années que l'attention des anatomo-pathologistes a été attirée vers cette variété de tumeurs et il est fort possible que des cas analogues aient été décrits jusqu'ici sous le nom générique de cancer. Quoi qu'il en soit, notre observation en offre un très-bel exemple ; et, chose remarquable, ce lymphadénome qui a pris naissance dans le tissu cellulaire ou dans les ganglions du médiastin, s'y est développé et est resté limité à la région. Il n'existait, en effet, aucune production analogue dans le reste du corps, les ganglions eux-mêmes n'étaient pas hypertrophiés.

OBSERVATION. — Tumeur du médiastin (lymphadénome).

G. Françoise, passementière, âgée de 22 ans, entre le 26 janvier 1874 dans le service de M. EMPIS, à l'hôpital de la Charité. Cette jeune femme robuste, d'un certain embonpoint, a toujours joui antérieurement d'une très-bonne santé.

On ne trouve dans ses antécédents ni rhumatisme, ni syphilis. Elle n'a jamais eu d'enfant et elle est régulièrement réglée.

Depuis deux mois environ elle ressentait une douleur sous-sternale assez intense, douleur qui s'étendait de l'appendice xiphoïde au cou; en même temps, elle avait vu ses digestions devenir difficiles et l'appétit diminuer. Malgré cela, elle n'a pas cessé un seul instant de travailler. Il y a huit jours, c'est-à-dire le samedi 18 janvier, elle fut prise subitement en rentrant chez elle, de douleurs intenses dans l'épaule gauche. Elle avait eu l'imprudence de porter sur cette épaule son linge encore mouillé et elle éprouva en revenant du lavoir un refroidissement assez considérable sans frisson bien caractérisé. Elle n'était pas, du reste, à l'époque de ses règles, qui étaient terminées depuis deux ou trois jours et avaient eu lieu avec leur durée habituelle.

Ces douleurs continuant les jours suivants, elle se frictionna l'épaule avec un liquide qui lui fut ordonné par un pharmacien. Le mal ne fit qu'augmenter sous l'influence de ces frictions. La malade ne dormait plus et bientôt elle ressentit sa douleur dans tout le bras gauche, suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs; en même temps, elle vit sa main augmenter de volume.

Le 22, elle éprouva un peu de difficulté pour avaler, et comme l'appétit avait complètement disparu, elle crut devoir prendre un purgatif, qui n'amena, du reste, aucune amélioration.

La malade se décide à entrer à l'hôpital le 26 janvier. Elle paraît souffrir beaucoup de son épaule et de son bras gauche. Le creux sus-claviculaire a disparu, la région est un peu tuméfiée et très-douloureuse à la moindre pression. La peau a conservé sa couleur normale elle n'est le siège d'aucun empatement. La veine jugulaire externe est très-dilatée, très-apparente et résiste un peu sous le doigt.

Du côté du bras, on trouve la peau un peu plus rouge que du côté opposé, le volume du membre est à peine augmenté, il n'existe point d'œdème, les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané sont très-souples, sans la moindre trace d'induration. La malade prétend que sa main a été plus enflée qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Les articulations ne sont pas malades, les mouvements sont faciles, non douloureux, à moins que l'on ne porte l'avant-bras dans une trop grande extension. On trouve au pli du coude un cordon dur, arrondi, très-douloureux, qui siège au niveau de la veine médiane céphalique, se prolonge sur le trajet de la céphalique, puis se perd à une assez courte

distance. On le retrouve plus haut, plus considérable au moment où cette veine passe dans l'interstice du deltoïde et du grand pectoral; là encore la douleur est très-vive. Un autre cordon très-dur plus volumineux se trouve sur tout le trajet de la médiane basilique. La veine basilique ne présente pas la même induration, mais la pression est douloureuse sur tout le trajet des vaisseaux huméraux, même dans le creux axillaire, où l'on retrouve le cordon veineux. Les veines de l'avant-bras ne présentent pas la moindre induration.

On ne sent d'engorgement ganglionnaire dans aucune région. — Les bruits du cœur sont sourds, mais on ne perçoit dans toute la région cardiaque, ni souffle ni aucun bruit anormal pouvant faire penser, soit à une altération des orifices, soit à une dilatation artérielle. Le murmure respiratoire est très-net, très-pur et s'entend dans toute la hauteur de la poitrine.

Ces phénomènes locaux s'accompagnent d'une fièvre peu intense; la langue est très-blanche, recouverte d'un enduit épithélial très-épais; l'arrière-gorge est le siège d'une rougeur assez considérable qui pourrait expliquer la dysphagie dont se plaint la malade.

En présence de cet ensemble de symptômes, on croit pouvoir conclure que la malade est atteinte de *phlébite des veines du membre supérieur*. L'oblitération de ces veines, le cordon dur et douloureux qui occupe leur trajet, conduisent tout naturellement à ce diagnostic. Cependant il n'existe pas d'œdème du bras et on est obligé, pour expliquer cette anomalie, de supposer que les veines profondes ne sont pas envahies, bien que la douleur intense du creux sus-claviculaire et la dilatation de la jugulaire fasse craindre une inflammation ou une compression de la veine sous-clavière.

Il reste maintenant à rechercher quelle est la cause de cette oblitération, ou, ce qui revient au même, sous quelle influence a pu se produire cette phlébite? Est-elle due à une compression des gros troncs veineux du cou, ou bien est-elle survenue spontanément sous l'influence du refroidissement auquel cette femme s'est exposée le premier jour? La phlébite rhumatismale est rare; de plus, cette femme n'a jamais eu d'atteinte de rhumatisme; aussi serait-on bien plus porté à s'arrêter à l'idée d'une compression de la sous-clavière pour expliquer l'oblitération des veines du bras. Mais, d'un autre côté, on ne trouve ni à la palpation dans le creux sus-claviculaire, ni à la percussion en avant du sternum, de signes pouvant faire croire à l'existence d'une tumeur; l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne permet pas non plus de penser à la présence d'un anévrysme. On arrive donc par exclusion à se rattacher à

l'idée de *phlébite rhumatismale*. On se contente de faire des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium et à l'extrait de belladone.

Le 29, la douleur a un peu diminué; aucune modification ne s'est produite du côté du bras. La malade tousse un peu.

Le 30, elle est en proie à une vive agitation, elle a le pouls fréquent; le visage est pâle et elle se plaint de nouveau de la douleur du bras qui l'empêche de dormir depuis trois nuits.

Le 31, la malade souffre toujours beaucoup; le cordon dur qui occupe les veines du bras est très-apparent, mais il n'y a pas d'œdème. Au milieu de la nuit dernière, vers une heure du matin, elle a été prise subitement d'une violente douleur dans la poitrine; en même temps est survenu un accès de toux qui s'est répété depuis très-souvent et fatigue beaucoup la malade qui est obligée de rester assise sur son lit.

La percussion du sommet du poumon gauche, point où elle a ressenti sa douleur, ne donne point de matité, mais l'auscultation permet de constater un souffle tubaire dans un espace très-limité. Les crachats sont blancs, spumeux, un peu adhérents au vase. Les bruits du cœur sont toujours très-sourds.

M. BOURDON, appelé en consultation, pense, comme M. Empis, qu'il a dû se produire là une petite embolie dans l'artère pulmonaire.

On fait appliquer 20 ventouses sèches sur la face postérieure de la poitrine et six scarifiées au niveau du point douloureux. Le soir, la malade souffre un peu moins, mais les quintes de toux persistent. On ordonne de nouveau six ventouses scarifiées au sommet du poumon gauche.

1^{er} février. — La douleur sous-sternale a reparu, et elle se fait aussi sentir dans le dos. La malade est obligée de se tenir constamment assise sur son lit, car aussitôt qu'elle se couche elle est prise de violents accès de toux et de dyspnée.

2 — La douleur est un peu moins vive. Les veines présentent toujours le même cordon dur, mais il est survenu depuis deux jours un peu de gonflement avec rougeur de la peau sur la face interne du bras gauche. L'avant-bras et la main du même côté n'ont subi aucune modification: il n'y a pas d'œdème. — Le murmure respiratoire s'entend très-nettement dans le sommet du poumon gauche, il ne reste plus de traces d'induration pulmonaire.

3. — L'amélioration continue, mais le gonflement du bras a un peu augmenté. On fait appliquer des cataplasmes sur la région douloureuse. La toux persiste et revient par quintes,

les crachats sont abondants et spumeux. Les bruits du cœur sont toujours très-sourds.

4. — La malade ne souffre presque plus du bras, la respiration se fait plus facilement, et le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue du poumon.

Malgré ce mieux sensible, la malade ne peut toujours pas s'étendre pour dormir sans provoquer des accès de toux. Le soir, elle est un peu plus agitée, elle tourne difficilement la tête et la jugulaire gauche est plus gonflée que jamais.

5. — Les cordons veineux sont très-apparents et durs; le bras a cependant diminué de volume. Lorsque l'on comprime la jugulaire un peu au-dessus de son embouchure, on remarque que le sang contenu au-dessous de la compression ne s'écoule pas; la veine reste distendue.

6. — Les veines du côté droit commencent à devenir plus considérables; elles forment saillie sous la peau, mais elles ne présentent pas le cordon dur qui occupe les veines du côté gauche; il n'y a là qu'une distension des veines, produite par la compression qui doit s'exercer sur le tronc brachio-céphalique droit, car la jugulaire est aussi distendue. La malade est assise sur son lit en proie à une dyspnée assez considérable. L'auscultation du poumon ne fait cependant constater qu'un léger souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse du côté gauche.

7. — Le gonflement des veines du côté droit a augmenté, et la malade éprouve un peu de douleur de ce côté.

Le membre supérieur gauche n'est plus douloureux, et la tuméfaction du bras a à peu près complètement disparu, malgré la persistance des cordons durs qui siègent dans les veines. La toux quinteuse, qui arrive aussitôt que la malade se couche, rend tout sommeil impossible. Elle a pris, depuis quelques jours, un timbre particulier, et la respiration, toujours gênée, s'accompagne d'un bruit de cornage intense, qui ne laisse plus aucun doute sur la présence d'une tumeur du médiastin comprimant la trachée et probablement les gros troncs veineux. On constate, du reste, au niveau du sternum, une matité complète sur une étendue de plus de dix centimètres, à partir de la fourchette sternale.

La malade se plaint aussi d'une dysphagie considérable qui survient surtout dans la déglutition des aliments solides. Elle traduit la sensation qu'elle éprouve en disant que la bouchée de pain s'arrête au niveau de sa gorge et lui cause alors une grande gêne de la respiration. Elle a eu hier un petit frisson, qui ne s'est cependant pas accompagné de beaucoup de fièvre, car elle a aujourd'hui comme toujours la peau

assez fraîche, le pouls fréquent, mais petit, et la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°.1.

La douleur qu'elle éprouve au-dessous du sternum est peu considérable. On fait appliquer un vésicatoire sur le devant de la poitrine et on ordonne une potion avec 1 gr. d'iodure de potassium.

8. — On trouve ce matin la malade dans la plus grande anxiété; la dyspnée a augmenté, la face est un peu cyanosée, surtout du côté gauche, le cornage trachéal est beaucoup plus fort que la veille et la toux est devenue de plus en plus fréquente. Il ne paraît plus douteux aujourd'hui qu'il existe, au niveau de la division de la trachée, une tumeur qui comprime ce conduit et les organes contenus dans le médiastin. Mais quelle est la nature de cette tumeur? La marche rapide de l'affection, son début brusque à la suite d'un refroidissement, l'âge et l'état général de la malade font repousser l'idée d'une tumeur cancéreuse.

M. EMPIR pense qu'il pourrait bien s'être produit là une *adénite des ganglions de la région avec phlegmon du tissu cellulaire du médiastin*.

La matité sternale n'a pas augmenté, le gonflement des veines est toujours le même et on trouve à l'auscultation du souffle tubaire au sommet du poumon gauche.

Le soir, l'anxiété est encore plus grande, la dyspnée et la dysphagie ont augmenté. La malade a eu peine à avaler sa potion. Le gonflement des veines est énorme, mais toujours limité aux grosses veines des membres supérieurs et du cou (céphaliques, basiliques, axillaires et jugulaires). La face est de plus en plus cyanosée. La température de l'aisselle reste à 37°.2 On fait appliquer trois ventouses scarifiées au niveau de la matité sternale, et des ventouses sèches sur le reste de la poitrine.

9. — La malade a été très-soulagée par les ventouses, et elle a pu reposer jusqu'à minuit, heure à laquelle elle a été reprise de dyspnée. Ce matin, elle est cependant beaucoup moins agitée et la respiration est plus facile que la veille, bien que le cornage trachéal subsiste toujours. On fait appliquer dix sangsues au point où la matité sternale est le plus considérable.

10. — La respiration se fait plus facilement et avec moins de cornage. La toux est moins fréquente et la malade crache avec moins de difficulté. La matité s'étend jusque dans la région cardiaque. Les bruits du cœur sont très-sourds, le pouls est très-petit et fréquent. A l'auscultation, on entend dans la fosse sus-épineuse gauche le souffle trachéal qui arrive à l'oreille affaibli et avec tous les caractères du souffle tubaire.

Les veines sont un peu moins distendues, mais celles du côté gauche contiennent toujours dans leur intérieur le cordon dur signalé plus haut. — Six sangsues sont appliquées à la fourchette sternale.

11. — La respiration se fait à peu près librement ; la malade est très-calme, et elle peut avaler des potages sans difficulté. Ce soulagement s'est produit un quart d'heure après l'application des sangsues. Le gonflement des veines jugulaires a disparu et le cornage trachéal est très-faible. A la visite du soir, on trouve la malade dans la même anxiété que la veille ; elle a eu un nouvel accès de dyspnée, moins fort cependant que les deux jours précédents. Le cornage n'a pas augmenté. On fait appliquer trois ventouses scarifiées en avant du sternum.

12. — La face, surtout du côté gauche, est cyanosée, les veines des membres supérieurs et du cou sont très-distendues, la respiration est cependant beaucoup moins gênée, et la malade peut avaler des potages. Six sangsues sont appliquées à la fourchette sternale.

13. — Le cornage trachéal a disparu ; la malade respire assez facilement, mais elle ne peut encore avaler que des potages. Elle se plaint d'une douleur sourde, d'un sentiment de pesanteur qu'elle éprouve à la pointe du sternum. Cette douleur semble avoir descendu, car les jours précédents elle se faisait sentir au niveau de la fourchette sternale. La cyanose de la face et le gonflement des jugulaires n'ont pas diminué.

Le soir, l'oppression est devenue plus considérable ; la malade est comme d'habitude assise sur son lit et penchée en avant. On fait appliquer six nouvelles sangsues.

14. — La face est toujours cyanosée. L'œdème qui apparaît de nouveau aux membres supérieurs, se montre aussi, pour la première fois, aux membres inférieurs, surtout à la jambe droite. Là, comme aux bras, il semble produit par l'inflammation des veines, car la malade éprouve de violentes douleurs spontanées et la pression est très-douloureuse sur le trajet des vaisseaux. L'oppression est moins considérable que la veille. La matité au niveau du sternum est de plus en plus étendue sans qu'il y ait cependant la moindre voussure. Les bruits du cœur sont tellement sourds qu'on les entend à peine. La malade se plaint depuis hier d'une diarrhée assez forte.

Le soir, la cyanose se prononce à la face et au cou ; la dyspnée est plus considérable, le cornage reparaît.

Les douleurs de la jambe droite sont extrêmement violentes, la malade ne veut plus rester au lit et elle demande à être assise dans un fauteuil. L'œdème des membres inférieurs a augmenté. On fait appliquer trois sangsues au niveau du sternum.

13. — On trouve la malade assise sur son lit, elle a passé la nuit dans cette position sans pouvoir dormir. La face est cyanosée et un peu œdématisée, les lèvres sont bleuâtres. La dyspnée est pourtant moins considérable et le cornage trachéal est assez faible. Les douleurs des jambes sont toujours très-violentes.

Le soir, on trouve la malade assise sur un fauteuil, penchée en avant, et plongée dans la prostration la plus grande; elle a le sentiment de sa mort prochaine. Elle ne souffre plus et elle ne se plaint que de l'oppression qui l'accable. Aussitôt qu'elle a cessé de parler, sa tête se fléchit sur sa poitrine et elle tombe dans un assoupissement profond. Une demi-heure après (6 heures 1/2 du soir) elle était morte sans délire, ni convulsions.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du *thorax*, on trouve toute la *région médiastine* occupée par une *tumeur* volumineuse qui cache tous les vaisseaux à leur sortie du cœur, recouvre ce dernier et repousse les poumons de chaque côté. Cette tumeur s'étend en haut jusqu'à la fourchette sternale où elle se perd dans le tissu cellulaire du cou qui est aussi envahi par la dégénérescence; à droite et à gauche, elle se prolonge un peu sur le trajet des vaisseaux et, en avant, elle présente une assez grande adhérence avec la face postérieure du sternum.

La masse de la tumeur occupe surtout la base du cœur et l'origine des gros vaisseaux, mais les oreillettes, et les ventricules sont recouverts par le péricarde qui a subi la dégénérescence. La surface de cette membrane est tapissée de petits mamelons jaunâtres plus ou moins séparés qui font suite à ceux du tissu cellulaire du médiastin.

Les poumons sont refoulés, mais non envahis; on trouve cependant le long des vaisseaux pulmonaires quelques petits prolongements de la tumeur. Leur volume est très-peu considérable, leur tissu est flasque. Les deux cavités pleurales contiennent une assez grande quantité de liquide. La plèvre médiastine est adhérente et même envahie par la masse cancéreuse.

Description de la tumeur; — *Ses rapports avec les gros vaisseaux*. Cette tumeur a environ le volume des deux poings; elle est bosselée, irrégulière; elle surmonte le cœur, dont elle cache toute la base.

Elle est formée par un tissu élastique, d'un gris rosé; sa coupe présente des points plus vascularisés que d'autres et de distance en distance des îlots jaunes, comme caséeux. On y aperçoit aussi de loin en loin des ganglions lymphatiques hypertrophiés dont quelques-uns se continuent avec le tissu morbide. Cette tumeur présente tout l'aspect d'un sar-

come et son tissu ne donne, ni au raclage, ni à la pression de suc laiteux.

Le *péricarde pariétal* est, nous l'avons vu, envahi à sa partie supérieure. Le péricarde viscéral montré par plaques et au milieu du tissu cellulo-adipeux qui entoure le cœur des masses jaunâtres, opaques comme le tissu morbide signalé plus haut. — Le cœur est normal comme dimension et comme épaisseur de paroi, son tissu est seulement un peu plus pâle. Le ventricule gauche contient un long caillot fibrineux de date récente qui se prolonge dans l'aorte.

L'aorte passe à travers la masse morbide et elle est assez rétrécie au niveau de sa courbure pour ne pas permettre l'introduction de l'indicateur. Elle ne présente, du reste, d'altération, ni à sa surface interne, ni à son orifice. Les artères qui naissent de l'aorte sont aussi comprises dans la tumeur, mais elles sont parfaitement normales. L'*artère pulmonaire* traverse aussi le tissu morbide et se perd au-dessous de l'aorte. En suivant sa paroi et en l'incisant, on ne rencontre sur toute l'étendue de sa surface interne aucune altération. La branche gauche est libre jusqu'à son entrée dans le poumon, mais la branche droite est obstruée par un caillot assez volumineux au niveau de ses divisions au hile du poumon. Ce caillot est dur, résistant, non adhérent à la paroi et un peu recourbé à une de ses extrémités. Il ferme complètement les trois divisions de l'artère.

La *veine cave supérieure* est intimement unie au tissu qu'elle traverse, mais sa face interne est lisse, pâle, sans la moindre altération. Sa paroi doit cependant être amincie, car elle laisse voir par transparence la couleur jaunâtre du tissu morbide. Son calibre n'est point diminué. Le *tronc brachio-céphalique* du côté droit et les veines qui le forment ne sont point envahis. A gauche, au contraire, la *veine jugulaire interne* présente à son embouchure un caillot volumineux, rougeâtre, adhérent à sa paroi qui obstrue complètement son orifice.

La *sous-clavière* du même côté, ainsi que le commencement de la jugulaire externe, se perdent dans le tissu morbide. Les parois de la sous-clavière ont été envahies par la dégénérescence et son conduit a complètement disparu. La *veine cave inférieure* est parfaitement libre dans toute sa portion thoracique.

La *trachée* est repoussée en arrière par la tumeur, et présente avec la face postérieure de cette dernière de simples adhérences; ses parois sont complètement saines. La muqueuse est fortement congestionnée.

L'*œsophage* est complètement libre en arrière de la masse cancéreuse. Il en est de même pour les *nerfs pneumo-gastriques*

et les *récurrents*. On n'avait, du reste, jamais constaté pendant la vie de troubles du côté de la glotte pouvant faire penser à une compression de ces derniers.

Examen histologique. — Cet examen a été fait par M. CORNIL qui a eu l'obligeance de me remettre la note suivante :

- A l'état frais les éléments que l'on obtient par le grattage de la tumeur sont des corpuscules lymphatiques très-petits, ne présentant en général qu'un noyau. (Variété la plus petite des globulins). Cependant il existe aussi des cellules plus grosses qui contiennent 2 ou 3 noyaux.

- Des sections, faites après 2 jours de séjour dans l'alcool absolu, ont montré l'apparence du tissu réticulé, mais les préparations n'étaient pas assez minces pour que l'on pût affirmer la nature de la tumeur après ce premier examen.

- Des fragments de tissus, pris dans différents points de la tumeur, ont été examinés après avoir séjourné successivement dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Des sections de la partie centrale de la tumeur montrent un *tissu réticulé très-net* lorsqu'on les a traitées par le pinceau. Des vaisseaux capillaires, dont les parois sont normales, partent des fibrilles extrêmement fines qui forment un réseau de tissu réticulé très-délicat. Dans ce réseau existent presque par tout de distance en distance des cellules adipeuses qui sont comprises dans le tissu adénoïde. Les petits vaisseaux sont perméables et les faisceaux nerveux, dont on peut voir aussi des sections très-nettes sur ces préparations, sont normaux.

- Les parois des gros vaisseaux, et en particulier de la veine cave supérieure, sont dans la tumeur principale infiltrées de globulins jus qu'à leur surface interne (1).

- Ainsi sur des sections de la veine cave supérieure, on voit les lames élastiques et les faisceaux de tissu conjonctif séparés les uns des autres par des globulins en quantité considérable. Il n'y a pas là de production nouvelle de tissu adénoïde, mais simplement infiltration et remplissage par ces éléments nouveaux de tous les interstices laissés entre les fibres.

- Dans le péricarde viscéral examiné au niveau du ventricule, là où la couche graisseuse sous péricardique avait une épaisseur de plusieurs millimètres, des sections minces montrent les vésicules adipeuses entourées de globulins, qui forment à chacune d'elles une couronne et qui existent partout dans le tissu conjonctif qui sépare ces vésicules adipeuses, de

(1) L'examen n'a pas porté sur la veine sous-clavière qui, on a pu le voir plus haut, avait été envahie par la dégénérescence.

telle sorte qu'entre celles-ci apparaissent des zones plus ou moins épaisses de globulins. Il y a là une infiltration pure et simple du tissu, comme cela pourrait exister dans une suppuration diffuse mais on ne retrouve plus le tissu réticulé de nouvelle formation. »

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue; non-seulement les cas analogues sont rares, mais celui qu'il nous a été donné d'observer a présenté quelques particularités qu'il est utile de relever. Le début de l'affection a été brusque; c'est à peine, en effet, si la malade avait ressenti deux mois auparavant une douleur sourde, sous-sternale pour laquelle elle n'avait consulté personne et qui n'avait du reste, amené aucun trouble notable dans la santé.

C'est subitement le 18 janvier qu'elle est prise, à la suite d'un refroidissement, d'une phlébite des veines du membre supérieur gauche. Bien que cette phlébite présentât dans sa manifestation quelque chose d'anormal (l'absence d'œdème de l'avant-bras et une localisation assez étrange dans quelques veines seulement), il était impossible à cette époque de la rattacher à une compression de la sous-clavière par une tumeur du médiastin. Cependant, comme on a pu le voir par la lecture de l'observation, M. Empis, lors de la discussion du diagnostic, émit immédiatement cette hypothèse qu'il fut obligé d'abandonner ne retrouvant là aucun des symptômes habituels des tumeurs du médiastin.

Quelle pouvait être, du reste, cette tumeur? Un anévrysme? Rien ne pouvait le faire supposer, il n'y avait ni battements, ni souffles anormaux. Avions-nous affaire à une tumeur ganglionnaire due à la tuberculisation? La malade avait toujours eu une excellente santé, n'avait jamais toussé et ne présentait à l'auscultation aucun signe de tuberculose pulmonaire. D'un autre côté nous avons vu que l'âge de cette femme, ses antécédents excellents, le début brusque de l'affection, ne nous permettaient pas de penser à un cancer.

On voit donc que, tout étrange que paraisse, au premier abord, le diagnostic de phlébite rhumatismale dans un cas de tumeur de médiastin, il était tout au moins rationnel et j'ajouterai même que c'était le seul auquel on pût s'arrêter en face des symptômes du début.

Plus tard lorsque l'affection eut marché et qu'il ne restait plus aucun doute sur la présence d'une tumeur, la même question se présenta et pour les mêmes raisons: début brusque, marche rapide, amélioration par les émissions sanguines; on fut conduit à penser à une tumeur inflammatoire. Là encore, plusieurs symptômes faisaient défaut; la malade n'avait jamais eu de fièvre et jamais on n'avait observé de gonflement

ni de rougeur à la partie inférieure du cou, ce qui se serait certainement produit avec un phlegmon du médiastin.

C'était cependant l'hypothèse qui pouvait le mieux rendre compte de ces rémissions à la suite des applications de sangsues ou de ventouses ; elle s'accordait aussi bien mieux avec le début brusque et l'apparition de cette phlébite localisée au membre supérieur gauche.

Il est vrai que ces phlegmons idiopathiques du médiastin sont d'une extrême rareté et Nélaton prétend même, dans son *Traité de pathologie*, qu'il n'en existe pas d'exemple bien probant : cependant M. Servier a pu depuis en rassembler un certain nombre de cas qui ne laissent aucun doute sur l'existence de cette affection.

Si maintenant nous cherchons l'explication de ces améliorations à la suite du traitement antiphlogistique, nous ne pouvons la trouver qu'en supposant des poussées congestives successives autour de la masselymphadénique.

D'autres symptômes importants, signalés, du reste, dans beaucoup d'observations de tumeurs du médiastin et qui se retrouvaient dans la nôtre doivent être notés d'une façon spéciale. C'est d'abord l'affaiblissement progressif des bruits du cœur qui sont devenus chez notre jeune femme tellement sourds, qu'il était presque impossible de les percevoir dans les derniers jours de la maladie, alors que la tumeur avait recouvert complètement le cœur. Mais il convient surtout d'appeler l'attention sur la dyspnée qui présentait là un caractère important pour le diagnostic : elle était augmentée par la position couchée, aussi notre malade était-elle obligée de passer ses nuits assise sur son lit et penchée en avant ; — sans doute la tumeur se déplaçait et venait alors s'appuyer sur le sternum en diminuant ainsi la compression de la trachée.

Enfin l'œdème des parties supérieures du tronc, qui est signalé dans la plupart des observations, surtout avec envahissement des veines par la dégénérescence, et que quelques auteurs donnent comme un bon signe diagnostic parce qu'il est beaucoup plus rare dans l'anévrysme de l'aorte (1), manquait complètement chez notre jeune femme. Ce n'est que dans les deux derniers jours, alors que la circulation générale était entravée et que la mort était proche, que l'on vit apparaître l'anasarque.

Au point de vue de l'anatomie pathologique il est bon de noter que ce lymphadénome s'est comporté vis-à-vis les parois des veines absolument comme le cancer. On a pu voir, en

(1). Obs. de Little. — *Archiv. gén. méd.*, 1848.

effet, que la sous-clavière avait été complètement envahie par le tissu adénoïde et non pas seulement comprimée par la tumeur.

21. Cancer généralisé, par M. MAGNE, interne des hôpitaux.

M. MAGNE présente des pièces trouvées à l'autopsie d'un vieillard de 71 ans, mort à l'hôpital Saint-Antoine avec des accidents de pleurésie. Cet homme portait sur la peau un grand nombre de petites tumeurs nodulaires cancéreuses. Les viscères étaient pour ainsi dire formés de noyaux de même nature, particulièrement les reins, qui étaient convertis en une masse lardacée : le foie, l'intestin, le cœur, montraient aussi de nombreux flocs de même nature disséminés au milieu du parenchyme viscéral. Les symptômes, observés pendant la vie, n'avaient pu faire soupçonner cette généralisation du cancer, car le malade n'avait point d'hématuries, et les battements du cœur étaient réguliers. Le point de départ de ces lésions multiples n'a malheureusement point été recherché avec assez de soin.

22. Adhérences généralisées du péricarde chez un tuberculeux, plaques calcifiées du feuillet pariétal, par M. GRAUX, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. HAYEM, à l'hôpital Beaujon, sur un sujet de 49 ans, atteint d'infiltrations tuberculeuses du poumon. Rien dans l'histoire antérieure de ce malade, rien dans les signes physiques fournis par l'examen du cœur pendant son séjour à l'hôpital, n'avait fait soupçonner l'existence de cette lésion du péricarde.

Autopsie, faite le 16 février. *Poumons* infiltrés de tubercules miliaires adhérents de toutes parts à la plèvre et au péricarde. Le *péricarde*, examiné par sa face externe, présente en plusieurs endroits des plaques saillantes, de forme irrégulière, de consistance osseuse. Ces plaques sont au nombre de 3 : Une en avant près du bord droit, les 2 autres en arrière. La première a une forme arrondie et la grandeur d'une pièce de 2 francs, les deux autres sont très-irrégulières et ont une forme allongée. Le péricarde ne peut être détaché du cœur.

Les adhérences que les deux feuillets ont contractées ensemble sont variables suivant les points où on les examine. En avant, à la partie moyenne, la symphyse est complète. A ce niveau, la plaque osseuse occupe non-seulement le feuillet fibreux du péricarde pariétal dans lequel elle paraît dévelop-

pée, mais elle envoie dans l'intérieur même du muscle cardiaque des prolongements où un certain nombre de fibres musculaires semblent venir s'insérer. En arrière, les adhérences sont plus lâches, plus celluleuses et peuvent se détacher par une traction un peu forte. Mais près de la pointe et des oreillettes, on trouve une disposition plus remarquable.

A la pointe, il reste une petite cavité séreuse. Dans cette cavité, on voit plusieurs prolongements longs de 1 à 2 centimètres, ressemblant à de grosses franges synoviales qui font saillie et baignent dans un peu de sérosité. Quelques-unes de ces franges sont le siège d'hydropisies et forment de petits kystes; d'autres sont remplies par un dépôt calcaire dont le plus gros a le volume d'une petite noisette. La face externe de ces prolongements est recouverte d'épithélium. Leur face interne, pour ceux qui ont une cavité, a également un épithélium. Les noyaux fibro-calcaires qu'on trouve dans ces franges ont, sur une coupe, l'aspect stralifié, présentant une sorte de nucléole plus dur, et des couches corticales de consistance variable, les unes fibreuses, les autres crétacées.

Au niveau de l'oreillette gauche, et surtout du sillon interauriculo-ventriculaire, il existe un petit sinus du volume d'un œuf, où l'on retrouve encore la disposition d'une séreuse. Mais, là, le péricarde pariétal est rattaché au viscéral par de nombreux petits cordages tendineux, s'entrecroisant fréquemment, se bifurquant, et présentant absolument l'aspect des cordages tendineux des ventricules. Ces petits tractus fibreux sont résistants, recouverts d'épithélium, et offrent au niveau de leur entrecroisement 4 ou 5 petits nodules, dont le plus gros a le volume d'un pois, et qui ressemblent à ceux décrits plus haut. L'oreillette gauche est entièrement adhérente au péricarde pariétal.

Les plaques ossiformes, examinées au microscope, n'ont nullement la structure des os : elles ne contiennent aucun ostéoplaste. Ce sont donc simplement des infiltrations calcaires.

23. Kyste hydatique du foie dans les voies biliaires. Colliques hépatiques, angiocholite avec accès fébriles intermittents. Mort par péritonite, à la suite d'une ponction aspiratrice, par M. GRAUX, interne, et M. HAYEM, médecin des hôpitaux.

La nommée L.... Rosalie, âgée de 26 ans, couturière, est entrée le 26 janvier 1874 dans le service de M. HAYEM, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, n° 6, pour un ictère datant de plusieurs jours. C'était la quatrième fois que cette femme,

qui avait d'ailleurs toujours eu une bonne santé jusque dans ces temps derniers, était atteinte de jaunisse.

La première atteinte remonte à 2 ans : à la suite de douleurs qui n'avaient duré qu'une nuit, mais avaient été très-vives au creux épigastrique, elle eut sans vomissements, sans malaise aucun, un ictère très-intense qui se termina rapidement sans laisser aucun malaise à sa suite.

Le deuxième eut lieu vers mars 1872 : pendant le sixième mois d'une grossesse d'ailleurs normale, elle eut des douleurs dans les reins et au creux épigastrique, douleurs sourdes qui durèrent environ 8 jours et ne s'accompagnèrent ni de vomissements ni de diarrhée. Les urines restèrent très-colorées pendant une quinzaine de jours.

La troisième jaunisse se rattache à la maladie actuelle. Il y a 5 semaines, vers le 20 décembre 1873, cette malade fut prise brusquement au milieu de la santé, d'une véritable attaque de coliques hépatiques : douleur au creux épigastrique, douleur dans la région lombaire, sensations de déchirement dans l'hypochondre (pas d'irradiations dans l'épaule), pas de douleur dans les autres régions de l'abdomen. En même temps, elle fut prise de vomissements bilieux et devint jaune immédiatement.

Elle entra quelques jours après (28 décembre), dans le service, fait alors par M. Fernet. On lui trouva le foie volumineux et douloureux à la pression : les urines étaient fortement ictériques, mais les selles n'étaient point décolorées, ce qui fit penser qu'il s'agissait d'une obstruction incomplète des voies biliaires, due probablement à des calculs.

Les accidents s'améliorèrent peu à peu, l'ictère commença à s'effacer et la malade quitta l'hôpital le 15 janvier 1874.

Mais elle fut bientôt reprise de douleurs dans le côté et de vomissements ; pendant les 6 derniers jours qu'elle passa chez elle, elle eut chaque jour, vers une heure de l'après-midi, un accès de fièvre composé de ces trois stades : un frisson d'une durée de cinq à vingt minutes, et d'une intensité variable (se bornant quelquefois à un simple frissonnement, allant d'autres fois jusqu'au claquement de dents) ; une élévation de température ; une transpiration abondante. Le tout durait à peu près une heure et demie ou deux. Après ces accès, la malade était très-fatiguée, elle vomissait quelquefois. Le matin, elle allait un peu mieux et pouvait prendre quelques aliments.

Etat actuel. Aujourd'hui, 26 janvier au soir, elle est très-pâle et paraît extrêmement faible ; elle présente une teinte jaune terreuse plutôt qu'ictérique ; les conjonctives et la muqueuse linguale ne sont nullement colorées en jaune. Le foie

est très-volumineux, il descend beaucoup au-dessous du rebord des fausses côtes, soulève le creux épigastrique et on sent, à ce niveau, une tuméfaction fusse, résistante, élastique se prolongeant dans le flanc droit et la partie supérieure de la région ombilicale.

Le ventre est peu ballonné, ses parois sont dépressibles et on trouve facilement, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic le bord libre du foie qui est moins dur et moins tranchant qu'à l'état normal.

La matité hépatique remonte assez haut, son étendue est de 13 c. 1/2 sur la ligne médiane, 14 c. 1/2 sur la ligne mamelonnaire. La submatité donne 16 c. 1/2 sur la première ligne, 19 c. 1/2 sur la seconde. La pression du foie est douloureuse dans toute son étendue, mais surtout à l'épigastre. A ce moment, pas de fluctuation appréciable; mais la percussion du foie d'avant en arrière n'a pas été pratiquée.

Rien au cœur. Rien dans les poumons, L'urine n'est pas ictérique. (Pas de coloration par l'acide nitrique). T. axillaire, 39°, 6; P. 112.

27 janvier. — Même état, respiration brève et saccadée, inspirations très-peu profondes, interrompues brusquement par la douleur que cause l'abaissement du diaphragme. Pas de vomissements, appétit nul, soif vive, bouche amère, langue sèche. — *Matin*. T. 37°, 6. — *Soir*. T. 39°, 4; P. 132.

28. — La douleur épigastrique est très-vive, les accès fébriles reviennent régulièrement l'après-midi; hier, frisson très-violent. — Le diagnostic porté est: fièvre intermittente symptomatique d'une inflammation des voies biliaires. — *Matin*. T. A. 37°, 4; P. 84. — *Soir*. T. A. 39°, 2. — *Prescription*: Sulfate de quinine 75 centigr.

29. — Très-grande anxiété, douleur très-vive dans le côté et dans le dos: sensation d'arrachement, de torsion dans le côté et à l'épigastre. — *Matin*. T. 38°; P. 116. — *Soir*. T. 39°; P. 124. — 30. — Même état. — *Matin*. T. 37°, 9; P. 96. — *Soir*. T. 38°, 2; P. 112. — 31. Même état. — *Matin*. T. 38°, 5.

1^{er} février. — Dyspnée plus intense. Vomissements non alimentaires de bile pure, facies un peu ictérique. En arrière submatité aux deux bases, râles sous-crépitaux fins. — Urine acajou. Par l'acide nitrique: couche verdâtre dans les parties inférieures, supérieurement diaphragme épais d'acide urique. — *Matin*. T. 37°, 8; — *Soir*. T. 39°, 2; P. 100. — *Prescription*: Sulfate de quinine, un gr. Bicarbonate de soude, vésicatoire en arrière de la poitrine.

2. — Chaque mouvement respiratoire occasionne une douleur très-vive non-seulement dans le côté, mais dans tout l'abdomen: la malade est obligée de fléchir les cuisses sur le

bassin pour calmer un peu cette douleur. Vomissements bilieux et alimentaires toute la nuit. La saillie que le foie forme à l'épigastre et au-dessous des fausses côtes est plus considérable. — *Matin*. T. A. 39°, 2. (Sulfate de quinine un gr.)

3. — Même état. — *Soir*. T. 39°, 4; P. 132. — Sulfate de quinine, 1 gr. Bicarbonate de soude, 4 gr.

4. — Respiration de plus en plus brève et superficielle; narines fortement dilatées. — En arrière la matité du foie remonte très-haut. — *Matin*. T. 37°, 2. — *Soir*. T. 39°, 2; P. 120.

5. Depuis deux jours la teinte terreuse de la peau est devenue un peu plus ictérique, l'urine qui, il y a 5 jours, donnait une très-légère coloration verdâtre avec l'acide nitrique, en donne aujourd'hui une très-intense. La dyspnée est plus grande et la douleur dans le côté droit est augmentée. Le foie descend encore plus bas : à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sur la ligne mamelonnaire on sent, en posant la main à plat au-dessous du rebord des fausses côtes, une voussure légèrement saillante, lisse, régulière. En ce point, on a assez nettement la sensation d'une fluctuation profonde.

Une ponction, faite à ce niveau avec l'aiguille n° 1, de l'appareil Dieulafoy donne issué à 150 gr., d'un liquide verdâtre légèrement trouble. — *Matin*. T. A. 38°, 1. — *Soir*. T. A. 38°, 2; P. 104. — Même prescription. Glace sur le côté droit.

Le liquide extrait par la ponction, examiné au microscope, contient une grande quantité de globules blancs, du pigment biliaire peu abondant, infiltré dans quelques éléments cellulaires, un nombre énorme de vibrions et quelques rares cellules épithéliales cylindriques qui dénotent la communication du kyste ponctionné avec les voies biliaires. Par l'ammoniaque, on reconnaît que ce liquide contient un peu de mucis.

M. Hardy qui a bien voulu en faire l'analyse lui a trouvé la composition chimique suivante :

Densité, 1020. Réaction légèrement alcaline. — Couleur jaune verdâtre.

	Pour 100
Eau.....	97,9
Matières solides, évaporation.....	2,1
Mucine.....	0,18
Albumine.....	0,4
Matières inorganiques fixes.....	0,08
Phosphates.....	0,00
Chlorure de sodium.....	0,533

On a constaté la présence des :

Sulfates.....	} 0,7
Carbonates solubles.....	
Carbonates insolubles.....	
Extractif.....	
Matières colorantes.....	

6. — Beaucoup d'amélioration, respiration plus facile, pas de vomissements, moins de douleur dans le côté, un peu de sommeil. — Le foie qui, immédiatement après l'opération, était remonté au-dessus de l'ombilic, est de nouveau descendu à un travers de doigt au-dessous. La voussure qui s'était affaissée s'est déjà reproduite. T. A. 38°,5.

Soir. Dans la journée il s'est produit une vive douleur au niveau de la piqure. Tout le bas-ventre est redevenu douloureux et nécessite la flexion de la cuisse sur le bassin. — La respiration est brève, saccadée. — Nausées sans vomissements. Selles diarrhéiques paraissant contenir du pus. T. A. 39°,5.

7. — La teinte ictérique de la peau s'accuse davantage; le facies est très-fatigué, grippé, les yeux sont excavés, et cerclés de noir. Depuis hier soir notre malade est prise d'une diarrhée très-liquide, avec des garde-robes très-fréquentes. Ces selles sont constituées par un mélange de grumeaux blanchâtres, d'apparence caséuse, et de débris lamelleux de couleur verte très-foncée. Le foie est redevenu ce qu'il était avant la ponction; au-dessous de son rebord tranchant, on sent la vésicule biliaire distendue, formant une saillie globuleuse.

M. Hayem fait une deuxième ponction qui fournit 405 gr. d'un liquide très-analogue à celui de la première. L'examen microscopique qui en est fait de suite montre qu'il a la même composition et que, comme le premier, il renferme des vibrions en très-grande quantité. Immédiatement après la ponction le foie remonte jusqu'à l'ombilic. — *Matin.* P. 120; T. A. 38°,5. — *Soir.* P. 104; T. A. 37°,9. — Prescription : Glace sur la région hépatique. Sulfate de quinine. Bicarbonate de soude. Eau de seltz.

8 *février.* — Soulagement très-marqué, facies bien meilleur, pas de vomissements, sommeil, un peu d'appétit. Pas de douleur au niveau des ponctions. Le foie a déjà repris son volume sur la ligne médiane, tandis que sur le côté externe, il remonte et son bord libre présente une dépression profonde.

La diarrhée continue à être très-abondante, et depuis hier, les matières rendues par les garde-robes ressemblent beaucoup au liquide fourni par les ponctions. C'est un liquide verdâtre, dont la quantité, par jour, peut être évaluée à 1 litre, 1 litre 1/2, et qui par le repos se sépare en deux couches, une supérieure, liquide jaune, une inférieure, composée de flocons blanchâtres et de débris lamelleux vert-foncés. Il semble probable que notre kyste s'est ouvert dans l'intestin, soit par les voies biliaires, soit par une perforation. — *Matin.* P. 116; T. 38°,2. — *Soir.* P. 112; T. 39°,4.

9 *fév.* — Affaiblissement général depuis hier soir, petits frissons, vomissements, même diarrhée très-abondante. La vésicule biliaire est de nouveau distendue et fait une saillie qui se voit à travers la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic. — Œdème de la paroi abdominale à l'endroit où les ponctions ont été faites. A ce niveau, pas de fluctuation, résistance élastique.

3^e ponction donnant 275 grammes d'un liquide verdâtre, à odeur stercorale, plus purulent que celui des deux premières. L'aiguille entre très-difficilement (on était tombé au niveau d'une plaque cartilagineuse). — *Matin.* T. A. 37°,4. — *Soir.* T. 39°,2. — *Prescription*, id. suppression du bicarbonate de soude qui est rejeté avec dégoût.

10 *fév.* — Même état, pas d'amélioration, même diarrhée très-abondante. La vésicule biliaire qui avait complètement disparu après la ponction a repris son volume; œdème de la paroi abdominale au niveau des piqûres. — *Matin.* P. 104; T. A. 37°,7. — *Soir.* T. A. 39°,2.

11 *fév.* — La journée a été un peu meilleure hier, pas de vomissements, la malade a pu garder du lait et du potage, diarrhée très-abondante. Plus de 2 litres de liquide semblable à celui des ponctions, ayant plutôt une odeur bilieuse que stercorale. Diminution très-notable du volume du foie, disparition de la vésicule biliaire. — *Matin.* P. 112; T. A. 38°,2. — *Soir.* P. 108; T. A. 38°,9. *Prescription.* Grand bain, lait et potages, sulfate quinine, 1 gramme, bicarbonate de soude, 1 pillule thébaïque.

12 *fév.* — Bien moins de gêne de la respiration, le foie est extrêmement diminué de volume. Dans les selles, passées à travers un tamis, on a trouvé hier pour la première fois des quantités considérables de vésicules hydatiques de toutes les grosseurs. — *Matin.* T. 37°,8. *Soir.* T. 38°.

13 *fév.* — Le mieux ne se continue pas. Il semble y avoir rétention des hydatides dans le foie. D'une part, on en trouve beaucoup moins dans les selles, d'autre part, le foie augmente rapidement de volume; le ventre est très tendu, devient très-douloureux, le faciès se grippe, il y a quelques vomissements, et la diarrhée par son abondance fatigue beaucoup la malade. Les conjonctives sont notablement plus ictériques. *Matin.* T. 38°,2. — *Soir.* T. 38°,7.

14 *fév.* — Même état, grand amaigrissement; depuis quelques jours, il s'est montré un peu d'œdème aux membres inférieurs, il est aujourd'hui assez marqué. — Extrait de quinquina, 4 gr.; un œuf.

15 *fév.* — Facies abdominal, yeux excavés, très-grande faiblesse, sueurs froides, visqueuses, diarrhée toujours fré-

quente, mais peu abondante. — *Matin*. T. 38°, 2. — *Soir*. T. 37°, 8.

16 fév. — Teinte cyanique des extrémités, mains et nez froids, pouls filiforme. La malade ne peut retenir ses garde-robes. Vomissements fécaloïdes. Le foie a repris le volume qu'il avait au commencement, il paraît distendu et manifestement fluctuant. On se décide à tenter *in extremis*, une nouvelle ponction. Elle donne issue à 150 grammes d'un liquide jaune verdâtre, très-purulent, d'odeur stercorale, contenant beaucoup de gaz. — *Matin*. — T. A. 37°, 2. — Mort dans la soirée avec collapsus et algidité, extrémités froides et cyanosées, sueurs visqueuses, factes abdominal. T. A. 15 minutes avant la mort 37°.

AUTOPSIE. — *Poumons, cœur, cerveau*, sains.

Abdomen. Péritonite généralisée. Les anses intestinales sont accolées entre elles par des exsudats fibrineux peu abondants et récents; ceux-ci limitent de petits espaces contenant de la sérosité trouble et colorée en jaune. A la face convexe, légères adhérences du lobe gauche avec le diaphragme. Au niveau du bord inférieur du foie se voit une adhérence déjà ancienne avec le grand épiploon limitant avec la paroi abdominale une péritonite enkystée. Cette inflammation correspond au point où ont été faites les piqûres.

Exploré en place, par sa face convexe, le lobe droit du foie est extrêmement fluctuant, et donne même per le choc le phénomène de l'ondulation. A la face inférieure est une masse très-volumineuse qui fait saillie immédiatement en dehors du duodénum et adhère à la face externe et à l'extrémité de la vésicule biliaire; cette poche, dont on voit la paroi inférieure fibreuse et mince, occupe toute la partie du lobe droit située en dehors du sillon de la vésicule.

En ouvrant l'estomac et le duodénum pour pénétrer dans les voies biliaires, on voit que l'estomac, très-dilaté, contient des matières grumeleuses provenant des derniers aliments ingérés. La muqueuse est colorée par une petite quantité de mucus verdâtre. L'*ampoule de Vater* est affaissée et difficile à trouver, la vésicule biliaire est presque vide, et on n'en fait rien sortir par la pression. Le *canal cholédoque*, très-dilaté, est rempli par une hydatide très-volumineuse en partie vide de son contenu, mais dont la membrane granuleuse, épaisse, paraît appartenir à une vésicule plus grosse qu'un œuf de poule. Elle est arrêtée à 1 centimètre au-dessus de l'ouverture du canal cholédoque.

Dès qu'on a fait une légère incision à la paroi du conduit, l'hydatide cédant à la forte pression qu'elle supporte du côté de la poche, est projetée vivement avec une foule d'hydatides

de volume moindre. En prolongeant l'incision du canal cholédoque, on voit sortir une grande quantité de liquide jaune-verdâtre, rempli de vésicules hydatiques de toutes les grosseurs et de plusieurs générations, depuis un grain de millet jusqu'à un œuf de pigeon et plus.

La totalité de ce liquide représente deux litres et demi ou trois litres. La *vésicule biliaire*, revenue sur elle-même, ne contient que du mucus non-coloré par la bile; le canal cystique est obturé par une petite vésicule.

A l'extrémité du canal cholédoque, on arrive dans les conduits biliaires, assez dilatés pour permettre d'y introduire facilement le pouce. De ces deux conduits, le gauche seul est coloré par la bile; le droit, plus volumineux, mène dans l'intérieur du kyste par une ouverture d'environ un centimètre et demi de diamètre, limitée par un orifice fibreux résistant.

Une fois le kyste débarrassé de son contenu, le foie reprend sa forme normale et ne paraît avoir subi aucune perte de substance. En incisant la paroi inférieure de la poche, on pénètre dans une cavité enfractueuse qui semble de prime abord s'être creusée à la face inférieure du foie, en séparant la capsule de Glisson épaissie, de la substance hépatique. Cette loge a pour limites, supérieurement le lobe droit, inférieurement une membrane fibreuse : elle s'étend jusqu'à l'extrémité la plus externe du lobe droit, région de la face convexe où elle devient superficielle (c'est ce point qui donnait lieu pendant la vie à la saillie fluctuante qu'on a ponctionnée).

La surface interne est constituée par une sorte de stroma fibreux, en partie lisse, en partie rugueux et couvert de concrétions jaunâtres, limitant des loges et des alvéoles qui présentent l'aspect d'une vessie à cellules. Les parties sur lesquelles reposent cette paroi sont différemment constituées. A la face supérieure, la poche s'accôle à la substance hépatique du lobe droit du foie; à la face inférieure, par places, la paroi est transparente, et il n'y a qu'une lamelle de tissu fibreux appliquée immédiatement sur la capsule de Glisson; par place aussi, il reste une mince couche de substance hépatique (de 2 à 3 millimètres d'épaisseur) interposée entre la capsule de Glisson et la paroi du kyste. Par endroit, les enveloppes du kyste ont une consistance cartilagineuse, et il existe, en particulier, au point où les piqûres ont été faites, une plaque fibreuse cartilaginiforme plus grande qu'une pièce de 5 fr., épaisse d'un demi-centimètre.

En examinant de plus près la face interne du kyste, on voit que les alvéoles, dont nous avons parlé, sont groupés dans les intervalles de tractus fibreux, saillants, se dirigeant vers le

hile du foie. Ces tractus fibreux ne sont autres que des conduits biliaires : leur direction, leur paroi lisse et recouverte d'épithélium, leur forme arborescente, les nombreux orifices qu'on y rencontre le démontrent suffisamment. Ces conduits biliaires, en très-grand nombre, sont d'importance variable ; quelques-uns sont très-volumineux, les uns sont ouverts dans toute leur étendue, d'autres prennent naissance dans la poche, mènent, après un trajet oblique dans l'épaisseur de la paroi, dans un gros conduit biliaire. Enfin, on peut, par les nombreux orifices qu'on voit à la face interne du kyste, pénétrer dans des divisions périphériques des voies biliaires. Il est à remarquer que jamais, en suivant ces divisions, on n'aboutit à du tissu hépatique, de sorte que ces conduits ne déversaient pas de bile dans la cavité du kyste. — Quelques-uns de ces petits conduits sont terminés en ampoule et contiennent une hydatide. Ce sont probablement les conduits biliaires de la portion atrophiée du tissu hépatique qui fait paroi à la poche hydatique.

Il existe en même temps une autre lésion du foie. A la face convexe du lobe droit, on voit la capsule de Glisson soulevée en de nombreux endroits par de petites masses verdâtres. Une coupe, faite en ces points montre que ce sont des cavités remplies d'un mucus épais, fortement coloré en vert. Ces petites cavités, dont les plus grosses ont le volume d'une petite noisette, sont très-nombreuses ; les plus petites sont grosses comme un grain de chénevis et paraissent à l'œil nu formées par un canalicule biliaire dilaté dont on reconnaît la paroi. Dans quelques-uns de ces canaux dilatés, on trouve des vésicules hydatides très-petites. Dans le lobe gauche, il existe aussi des dilatations des voies biliaires, mais on ne trouve pas de vésicules dans les conduits biliaires. La veine cave inférieure et les iliaques primitives sont oblitérées par des caillots consistants qui expliquent l'œdème observé pendant les derniers jours dans les membres inférieurs.

En résumé, cette observation est un exemple de kyste hydatique du foie, communiquant très-probablement depuis longtemps avec les voies biliaires. Il en ressort que lors que les hydatides s'engagent dans les canaux excréteurs du foie, elles y déterminent des accidents absolument semblables à ceux qu'y produisent les calculs : coliques hépatiques et ictère passager, lorsqu'elles ne font que les traverser ; angiocholite avec fièvre intermittente (1), dilatations et kystes des

(1) Comparer les accidents de la cholithiase décrits par Magnin. Thèse de Paris, 1866.

canalicules biliaires, lorsqu'elles s'y arrêtent, et produisent a rétention de la bile.

Dans une observation rapportée par M. Charcot (1), il y eut comme dans le fait actuel, engagement des hydatides dans le canal cholédoque et arrêt de l'une d'elles. Cette particularité détermina la rupture du kyste et une péritonite suraiguë s'ensuivit. Il est donc indiqué en pareil cas, pour se mettre à l'abri de semblables accidents de pratiquer une ponction de la poche enflammée. Cette opération, en facilitant le retrait du kyste est habituellement suivie d'un grand soulagement et faite à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, elle est le plus souvent exempte de danger. On a vu que cependant dans le fait actuel les ponctions faites avec cet instrument et suivies d'applications de glace ont donné lieu à de la péritonite.

C'est là une exception très-regrettable; mais il ne faudrait pas en conclure que dans les cas semblables toute intervention de ce genre est inutile ou périlleuse.

M. HOUKL. Ce kyste me sembla intéressant, parce qu'au lieu d'avoir cette poche épaisse, à couches concentriques, souvent infiltrées de sels calcaires qui est habituelle, il offre des parois minces et fragiles; sous ce rapport, il se rapproche donc complètement des kystes que l'on observe dans le poumon, et qui ne se doublent pas d'une membrane adventice.

M. HAYEM. A un autre point de vue ce fait est fort instructif. Il n'est pas douteux que chez cette malade les ponctions n'aient contribué à provoquer la péritonite. Or, elles avaient été faites avec l'aiguille la plus fine de l'aspirateur Dieulafoy, si bien qu'au bout de quelques instants l'écoulement s'était arrêté par suite de l'obstruction de la canule.

Or, malgré l'exiguité de la piqure, évidemment une certaine quantité du liquide du kyste s'est épanchée dans la cavité abdominale, grâce à l'absence de rétraction de la paroi de la poche. Ce fait malheureux prouve donc que les ponctions, même les plus insignifiantes en apparence, sont loin d'être inoffensives, car ici incontestablement la péritonite a été la cause immédiate de la mort.

Une autre conséquence ressort également de cette observation: c'est que l'angiocholite liée à la présence des hydatides s'est manifestée exactement par les mêmes symptômes que l'angiocholite d'origine calculeuse. La fièvre a suivi une marche identique, et s'est montrée sous la forme intermittente que

(1) *Société de Biologie*, comptes-rendus, 1855.

nous a fait connaître M. Charcot. Aussi le diagnostic clinique était-il à peu près impossible.

M. CHARCOT. Les formes d'angiocholite ont les mêmes allures, quelle qu'en soit la cause : un cancer des voies biliaires donne lieu, comme les calculs et les hydatides, à des accidents intermittents, qui peuvent affecter le type quotidien ou tierces, et même revenir à des époques bien plus éloignées, tous les huit jours par exemple. Une partie des fièvres octaves des anciens devaient rentrer dans cette catégorie.

24. Fracture presque spontanée du fémur droit, consécutive à un ostéosarcome, par M. CURREN, interne des hôpitaux.

Poiteesse Marie, 40 ans. Entrée dans le service de M. GOSSELIN le 1^{er} janvier 1874. — Cette femme a eu la syphilis il y a onze ans, elle a été traitée en 1873 à l'hôpital Necker pour une névralgie intercostale.

Au mois de décembre 1873, elle est entrée dans le service de M. Germain Sée, se plaignant d'une surdité complète survenue huit jours auparavant sans cause appréciable.

Cette surdité a diminué sous l'influence du traitement mercuriel ; mais elle n'a pas tardé à reparaitre, et ne l'a plus quittée jusqu'à la mort.

L'état de la malade restait le même, avec un amaigrissement considérable, et une pâleur cachectique très-marquée, sans que l'on pût en découvrir la cause, lorsqu'elle fut prise d'une douleur très-vive à la cuisse droite.

On constata au tiers inférieur de la cuisse droite un gonflement très-notable, avec un épanchement dans le genou droit ; — mais, aucune déviation du membre. — La douleur a été progressivement en augmentant, et l'on crut alors à une ostéo-périostite.

On fit passer la malade dans le service de M. Gosselin, et le lendemain matin on constata tous les signes d'une fracture du corps du fémur. Cette fracture a dû se produire spontanément pendant le transport de la malade.

M. Gosselin croit avoir affaire à une fracture consécutive soit à une ostéite raréfiante, soit plutôt à un ostéo-sarcome. On applique un appareil de Scultet. Les douleurs diminuent un peu, mais elles ne tardent pas à reparaitre très-intenses sous l'appareil, et bientôt apparaît un œdème très-marqué de la jambe droite, bien que l'appareil ne soit pas trop serré.

La teinte cachectique s'accroît chaque jour davantage et, au bout de cinq jours, la malade se plaint de douleurs inter-

costales très-vives; on ne trouve rien aux côtes et à la colonne vertébrale, qui puisse expliquer ces douleurs.

16 janvier. On lève l'appareil, et l'on trouve une consolidation très-manifeste avec un cal très-volumineux. On place un nouvel appareil, mais les douleurs reparuissent bientôt, et on constate de nouveau les signes d'une fracture qui s'est produite spontanément sous l'appareil. M. Gosselin insistait de plus en plus sur le diagnostic ostéo-sarcome.

Enfin, vers le 27 janvier, la malade a été prise de troubles cérébraux, somnolence prolongée, affaissement complet des facultés intellectuelles; en même temps l'amaigrissement augmenta rapidement et la mort survint le 3 février.

AUTOPSIE faite le 4 février. — On trouve sur le rein gauche, une tumeur dure, bosselée, se prolongeant sur l'uretère. — Au devant des troisième et quatrième vertèbres lombaires, existe une masse adhérente au périoste, mais n'envahissant pas le tissu osseux; cependant, à la coupe, on remarque que les corps des vertèbres ont subi un certain degré de raréfaction; la tumeur s'étend à une ou deux côtes.

Fémur gauche. Au tiers inférieur du fémur gauche, on trouve sous le périoste une tumeur allongée, grisâtre; au même niveau, dans le canal médullaire, on remarque une masse molle, de même couleur. Quant au tissu osseux intermédiaire, il paraît un peu aminci, et présente en un point un trajet fistuleux qui fait communiquer les deux masses interne et externe. Les lésions du fémur droit sont plus nombreuses. On y découvre, vers le tiers inférieur, une fracture qui s'est produite au niveau d'une tumeur de même nature que celle du fémur gauche. Cette tumeur est volumineuse, elle envahit la moelle dans une grande étendue, et communique par un canal assez large avec la tumeur sous-périostale. Le tissu osseux est raréfié et le canal médullaire agrandi.

Cette fracture est en partie consolidée, mais au-dessus, se trouve une autre fracture plus récente qui ne présente aucune trace de consolidation.

L'examen microscopique de ces tumeurs a été fait par M. RANVIER. Elles sont constituées en grande partie par des cellules de jeune moelle, agglomérées et remplissant tout le champ du microscope. Dans certains points, des cellules fusiformes sont disposées en travées remplies de cellules de moelle embryonnaire. Le diagnostic définitif est donc ostéo-sarcome médullaire et externe ayant été le point de départ d'une fracture spontanée du fémur.

M. LÉPINE. Je désirerais savoir si on a examiné l'oreille interne, attendu qu'il s'est produit de ce côté des symptômes

fort remarquables. Cette femme était devenue, huit jours avant son entrée à l'hôpital, subitement sourde, et elle accusait des douleurs de tête fort intenses. L'existence de pléiades ganglionnaires cervicales et inguinales fit songer à la syphilis, et on la soumit à l'action du mercure. Au bout de quelques semaines, sa surdité avait diminué, et ses ganglions avaient repris leur volume normal. La malade semble donc avoir été syphilitique, et il eût été intéressant de rechercher à quelle altération de l'oreille correspondait cette surdité complète survenue si brusquement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Je ne saurais accepter l'interprétation du présentateur au sujet de la consolidation, puis de la rupture de la moelle du fémur. Je ne vois pas sur cet os la moindre tendance à la formation du cal.

M. CUFFER. Il y a autour de la tumeur une série d'ostéophytes que M. Gosselin avait regardés comme le début d'une régénération osseuse.

M. HOUEL. Ces ostéophytes sont de date ancienne, ils sont durs, éburnés, et ne peuvent évidemment appartenir à un cal récent.

25. Kyste hydatique suppuré du foie, ouvert à l'extérieur ; symptômes de pneumo-thorax, par P. BUDIN et P. REGNARD, internes des hôpitaux.

On peut dire, en ce qui concerne les symptômes physiques des maladies, qu'il n'en existe pas de pathognomoniques. On peut, en effet, dans certaines affections très-différentes, rencontrer des conditions physiques analogues, et il en résulte l'apparition de symptômes tout-à-fait identiques. M. Cornil a récemment beaucoup insisté sur ce sujet et il a montré que le râle crépitant véritable pouvait être entendu dans d'autres maladies que la pneumonie aiguë lobulaire ou lobaire. Personne n'ignore que les phénomènes cavitaires peuvent être semblables, qu'il y ait une caverne pulmonaire ou une dilatation des bronches ; on sait enfin combien il est parfois difficile de distinguer une vaste excavation d'un pneumo-thorax.

Le fait suivant est une nouvelle preuve de la vérité de cette proposition : il s'agit d'un kyste hydatique suppuré du foie qui, ouvert à l'extérieur et formant une cavité immédiatement accolée au diaphragme et au poumon, a donné lieu à quelques symptômes de pneumo-thorax. Il démontre, en outre, de quelle importance sont les signes fonctionnels pour le diagnostic.

OBSERVATION. Le 13 janvier 1874 entrant à la Pitié (service de M. LÉON LABBÉ), salle St-Jean n° 11, une femme nommée Marie L..., âgée de 36 ans, atteinte d'un kyste hydatique suppuré du foie.

L'histoire chirurgicale de cette malade ne présentant que peu d'intérêt, nous la résumerons brièvement et nous insisterons sur certains phénomènes stéthoscopiques qui ont tout particulièrement attiré l'attention.

Il y a quatre ans, apparurent de la dyspepsie, quelques douleurs lombaires et d'autres phénomènes peu caractéristiques. Il y a quatre mois seulement, ayant constaté l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre droit, la malade se décida à consulter un médecin. Ce dernier fit, au moyen de l'aspirateur Dieulafoy, une première ponction qui donna issue à trois litres d'un liquide limpide. Un frisson suivit et lorsqu'une nouvelle ponction fut pratiquée le liquide était devenu purulent. A la suite de cinq autres ponctions faites depuis, il s'écoula un liquide de plus en plus épais. — Ayant examiné la malade, M. Labbé décida d'ouvrir largement la cavité du kyste pour y pratiquer des lavages. En effet, son état général s'aggravait il y avait une dyspnée assez intense, de l'œdème des membres inférieurs, des frissons journaliers, des sueurs nocturnes etc. Poids 140, tempér. axillaire 38°,5.

17 janvier. — Application de pâte de Vienne qui est renouvelée le 19 et le 21.

Le 22, on pénètre dans la cavité kystique : léger écoulement d'un liquide limpide d'abord, puis purulent. — Le lendemain, écoulement d'une grande quantité de pus ; on place un tube à drainage. Malgré cette évacuation, l'état général de la malade ne s'améliora pas ; l'œdème avait envahi les cuisses et même la paroi abdominale.

2 février. L'ouverture du kyste qui était très-étroite se ferme.

4 fév. Le kyste s'ouvre de lui-même et il s'écoule une quantité considérable de pus.

6 fév. L'orifice du kyste étant de nouveau oblitéré depuis la veille, on introduit une petite sonde. Nouvel écoulement de pus.

7 fév. Dilatation du trajet à l'aide d'une tige de laminaria.

8 fév. Introduction d'une nouvelle tige beaucoup plus longue.

9 fév. La laminaire ayant été retirée, il s'écoule par l'orifice très-élargi deux litres environ de pus très-fétide en même temps qu'un grand nombre de poches hydatiques sont expulsées.

Le soir, lavage avec une solution de chloral à $\frac{1}{100}$; pendant cette opération un accès de toux survint, la malade se trouva subitement très-oppresée, mais la dyspnée disparut

assez rapidement après le rejet de cinq ou six crachats purulents.

10 *fe*. Nouvelle expectoration purulente pendant la visite. A partir de cette époque, l'état de la malade alla sans cesse en s'aggravant bien que matin et soir des injections fussent faites avec la solution de chloral, et que le bord inférieur du foie fût remonté jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du bord inférieur des côtes. — L'œdème envahit les membres supérieurs, les frissons reparurent le soir, et la malade succomba dans la nuit du 14 au 15 février. Nous allons exposer maintenant les résultats fournis par la percussion et l'auscultation pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

A l'examen pratiqué le jour de l'entrée, on constate une tumeur, mate à la percussion, s'étendant depuis le cinquième espace intercostal jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic en avant ; en arrière, la matité remontait jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Transversalement, la matité du foie se confondait à gauche avec celle de la rate. Au-dessus, aussi bien en avant qu'en arrière, on constatait la sonorité normale du poumon. A l'auscultation on entendait le murmure vésiculaire jusqu'au mamelon droit en avant, en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Le 22 janvier, nous l'avons dit, la poche kystique fut ouverte et le 23 on voyait le pus s'écouler en grande quantité. En percutant alors la malade pour se rendre compte des modifications apportées par l'évacuation du liquide, on trouva à la partie inférieure et tout-à-fait externe du thorax une sonorité tympanique dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. A ce niveau, deux jours auparavant, on avait encore constaté l'existence d'une matité absolue. En appliquant l'oreille exactement sur ce point, on entendait un souffle amphorique à résonnance métallique. En faisant tousser et parler la malade on percevait très-nettement la toux et la voix amphoriques. Il n'y avait ni tintement métallique, ni succussion hippocratique.

Du reste, dans toute la partie supérieure du thorax, on observait toujours la sonorité normale et le murmure vésiculaire descendant jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Les jours suivants, en examinant la malade le matin, avant tout écoulement du pus, on trouvait la matité absolue dans toute la région inférieure à l'angle de l'omoplate du côté droit. Mais au fur et à mesure que le liquide s'écoulait on entendait les bruits amphoriques se produire progressivement.

Il y a plus, l'orifice du kyste étant resté complètement fermé du 5 au 7 février, on ne put, pendant cet intervalle, retrouver dans le point précédemment indiqué, ni la sonorité à la percus-

sion, ni les bruits amphoriques à l'auscultation. L'ouverture de la cavité kystique ayant été considérablement dilatée à l'aide de la laminaire et la poche presque complètement évacuée (9 février) les mêmes phénomènes reparurent dans une étendue plus considérable. La sonorité tympanique, le souffle et la voix amphoriques à timbre métallique furent alors entendus à la partie inférieure externe et postérieure du thorax sur une surface mesurant environ 7 centimètres de hauteur et 8 centimètres transversalement. Pas plus qu'au premier jour on ne trouva de succussion hippocratique, ni de tintement métallique. C'est seulement dans la soirée du même jour que survint, en présence de l'un de nous, la première expulsion de crachats purulents.

A partir de cette époque la malade souffrant de plus en plus refusa de se laisser examiner. La dyspnée qui avait diminué depuis l'ouverture du kyste redevint très-intense pendant les deux jours qui précédèrent la mort.

AUTOPSIE pratiquée le 16 à 9 h. 1/2 du matin. Les parois costale et abdominale, les poumons, le diaphragme et le foie furent enlevés d'une seule pièce. La paroi abdominale était adhérente au foie dans la région où avait été appliqué le caustique.

Le lobe gauche du *foie* était très-volumineux et absolument sain. Le lobe droit n'était plus représenté que par une immense caverne appliquée en haut contre la face inférieure du diaphragme avec lequel elle se confondait ; appliquée exactement en arrière, en dehors et en avant contre la paroi thoracique, n'étant séparée que par une très-petite épaisseur de tissus de la face interne des côtes et des espaces intercostaux auxquels elle adhérait. En bas, le plancher de cette caverne formé par la substance du foie n'avait qu'un centimètre et demi d'épaisseur. La vésicule biliaire était intacte. La voûte de la cavité kystique adhérait au diaphragme et la face supérieure de ce muscle était elle-même complètement adhérente à la face inférieure du pōumon. Sur cette voûte il existait trois ulcérations placées l'une à côté de l'autre, à bords déchiquetés et de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. En versant à plusieurs reprises de l'eau dans la cavité du kyste on ne put voir pénétrer le liquide dans la cavité pleurale. Cette dernière contenait un litre et demi environ d'une sérosité citrine, transparente et nullement purulente.

Le *poumon droit* adhérent par toute sa face inférieure au diaphragme était en partie revenu sur lui-même. En décollant, ce qui présentait une certaine difficulté, le poumon du diaphragme, on constata l'existence d'un petit pertuis très-fin, qui faisait communiquer la cavité du kyste avec le tissu pul-

monaire sans que la cavité pleurale fut ouverte en aucun point. Il existait là un trajet sinueux, répondant à l'ulcération la plus externe, traversant le diaphragme, les deux plèvres intimement confondues et pénétrant le poumon droit.

Le poumon et la plèvre gauches, le cœur, les reins, la rate, le tube digestif étaient absolument sains ; il existait un caillot mou et noirâtre dans la veine cave inférieure.

RÉFLEXIONS. — Il est important de remarquer que la pleurésie trouvée à l'autopsie ne datait que des derniers jours de la maladie, car jusqu'au 9 février, époque à laquelle la malade consentit pour la dernière fois à se laisser ausculter, M. Labbé, M. Gallard, les élèves du service et un certain nombre de médecins constatèrent l'existence d'une sonorité normale à la percussion et le murmure vésiculaire dans la partie supérieure du thorax jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate : il n'y eut jamais d'égophonie. L'apparition de cette pleurésie dans les derniers jours explique le retour de la dyspnée. Il n'existait du reste aucune fausse membrane sur la plèvre pariétale droite. D'ailleurs, il n'y avait aucune communication entre la cavité kystique et la cavité pleurale car, comme nous l'avons déjà signalé, de l'eau versée à plusieurs reprises dans la première ne pénétra jamais dans la plèvre, et, si cette communication avait existé, on eût évidemment trouvé une pleurésie purulente.

Il n'est pas excessivement rare de voir les collections purulentes du foie se faire jour à travers le poumon ; mais, dans le cas qui précède, c'est seulement dans les derniers temps, à la date du 9 février, que la malade a rejeté quelques crachats mélangés de pus. Les phénomènes stéthoscopiques sur lesquels nous voulons attirer l'attention avaient été constatés dès le 24 janvier, c'est-à-dire 46 jours auparavant.

Ces phénomènes, sonorité tympanique à la percussion, et, à l'auscultation, respiration et voix amphoriques à timbre métallique, qui auraient pu faire croire à l'existence d'un véritable pneumo-thorax, n'étaient survenus qu'après l'ouverture du kyste ; ils disparaissaient, on se le rappelle, chaque fois que l'orifice avait été oblitéré pendant un certain temps, le pus ne pouvant alors s'écouler au dehors, et ils reparaissaient après chaque évacuation de la poche. On pensa, pendant la vie, qu'il n'y avait pas de pneumo-thorax, car les bruits pulmonaires normaux persistaient au-dessus de la ligne au niveau de laquelle s'arrêtait précédemment la matité du kyste ; de plus il n'y avait ni tintement métallique, ni succussion hippocratique. On expliqua l'existence de ces phénomènes par la présence d'une cavité vide de liquide à certains

moments et accolée intimement au poumon, dont elle transmettait les bruits en les modifiant.

Il paraît en effet rationnel d'admettre aujourd'hui avec Skoda, Monneret et Béhier que « un bruit quelconque, par le fait seul qu'il se passe près d'une caisse à air et qu'il est transmis à travers elle, revêt un timbre métallique (*). »

Les résultats de l'autopsie ont confirmé cette opinion, en montrant quelles étaient l'étendue, la situation de la cavité kystique, et quels étaient aussi ses rapports avec le poumon.

M. PEYROT. Il n'est pas besoin d'admettre pour expliquer ces symptômes la nécessité de bruits pulmonaires renforcés par la cavité du kyste : ils peuvent se produire dans le kyste lui-même, ce qui n'exclut pas du reste la possibilité dans bien des cas de bruits propagés. M. Moutard-Martin a publié dernièrement un cas de ce genre, dans lequel des gaz putréfiés dans l'intérieur d'une poche hydatique simulaient un pneumothorax, bien qu'il n'y eût pas de perforation pulmonaire. Un autre malade, soigné par M. Dujardin-Beaumetz, avait eu un kyste hydatique accompagné de vomiques : comme dans le cas actuel, on s'était demandé si la poche communiquait avec la plèvre : il y avait des signes amphoriques, et au-dessus la respiration était nulle, de sorte que l'on ignorait s'il y avait une pleurésie purulente.

M. BUDIN. C'est là un fait très différent, puisque le malade de M. Dujardin-Beaumetz avait, dès le début, une communication bien évidente entre le kyste et les bronches, tandis que chez notre malade, les signes caverneux ont précédé de beaucoup les premières vomiques, et se sont par conséquent montrés bien avant la constatation de la fistule pulmonaire.

26. Phthisie pulmonaire; hémoptysie causée par la rupture, d'un anévrysme, du volume d'un gros pois, dans une caverne, par le docteur R. LEFÈVRE, chef de clinique.

F., âgé de vingt-six ans, a commencé à tousser il y a cinq ans ; il y a deux ans, il a fait un séjour d'un mois à l'hôpital ; depuis six mois, il tousse davantage et a suivi la consultation de l'hôpital. Jamais d'hémoptysies. A son entrée, le 11 février (service de M. le professeur Sée), on constate qu'il est un peu amaigri, néanmoins il a conservé un état de vigueur peu con-

(1) Béhier, *Cliniques*, p. 112.

mun chez les phthisiques à la 3^e période; ses bras sont gros et, jusqu'à son admission, il n'a pas cessé de travailler comme un homme bien portant. C'est un homme de taille moyenne, trapu et présentant l'habitus d'un emphyssémateux : le cou est court, le visage un peu bouffi, la poitrine large et un peu globuleuse. S'il monte un escalier, il est pris de dyspnée; par la percussion et à l'auscultation de la poitrine, on trouve, en effet, les signes évidents d'un emphysème médiocre; de plus, on constate aux deux sommets un souffle caveux des plus nets sous la clavicule; à droite, il existe une matité très-accentuée.

13 février. — Le malade est pris d'une hémoptysie; il perd au moins un tiers de litre de sang.

14 février. — Ensuite, on constate que la respiration est haute, saccadée, 32 par minute; le pouls est à 120, la température à 37°, 4 c. L'hémoptysie continue malgré l'administration de l'opium et de la térébenthine; aujourd'hui, on prescrit 1 gramme de poudre d'ipéca. Le 15, l'hémoptysie s'est arrêtée; mais l'oppression a augmenté; la malade est dans l'orthopnée.

16 février. — Les crachats sanglants ont reparu; l'orthopnée a encore augmenté; le malade ne peut se tenir dans son lit : il est assis sur un fauteuil; par la percussion on constate que le son est diminué dans toute l'étendue de la poitrine; par l'auscultation, on trouve le murmure très-affaibli et de nombreux râles sous-crépitaux aux bases, surtout à droite. La respiration est très-fréquente; le pouls régulier, mais très-petit; la face et les extrémités fortement cyanosées; le malade meurt dans la journée.

AUTOPSIE le 18. — Cadavre bien conservé. — Les deux poumons présentent des adhérences pleurales, le droit dans toute son étendue, le gauche à sa partie inférieure. — Pas d'épanchement pleural. — Cœur gros; caillots récents dans le cœur. Ventricule droit relativement hypertrophié, cependant la pointe est uniquement formée par le ventricule gauche. — Petites taches noir-brun sur la surface viscérale du péricarde, surtout à l'union du ventricule et des oreillettes. — Orifices artériels et auriculo-ventriculaires suffisants : L'orifice tricuspide large laisse pénétrer trois doigts jusqu'à la première phalange.

Le *poumon gauche* présente un emphysème du lobe supérieur et des granulations tuberculeuses dans les mêmes parties. A la partie supérieure on trouve une cavité assez considérable pouvant loger un gros œuf de pigeon et qui contient du sang. Cette caverne, dont les parois sont tapissées par une membrane blanchâtre par places, montre dans un coin une

excroissance noirâtre autour de laquelle existait le caillot mou qui a été vu tout d'abord à l'ouverture de la cavité. Celle-ci communique à plein canal avec une grosse bronche. Dans le lobe inférieur, les granulations tuberculeuses sont moins nombreuses, il y a de la congestion active par places. — Tout le lobe supérieur du poumon droit est transformé en une caverne considérable. Lobe inférieur comprimé par des adhérences pleurales intimes : Granulation tuberculeuse dans ce tissu anémié, mais où l'on perçoit encore de la crépitation. — Ganglions bronchiques gros et durs.

Foie. Gros, très-congestionné, coloration rouge : les lobules sont petits. — *Reins* également très-congestionnés. Dans la rate et dans le péritoine : rien à noter.

L'examen attentif de la tumeur noirâtre qui faisait saillie dans la caverne du sommet gauche, montre qu'elle est formée par un anévrysme du volume d'un gros pois, crevé à sa partie la plus saillante, et coiffé d'un gros caillot noir. Les parois de l'anévrysme sont épaisses. Cet anévrysme est situé à l'extrémité d'une artériole présentant un demi millimètre de diamètre environ et dont la direction est perpendiculaire à la surface de la caverne.

M. CORNIL. Le premier point qui frappe à l'examen de la pièce, c'est l'épaisseur considérable de la paroi de l'anévrysme relativement à celle de la paroi du vaisseau qui lui a donné naissance. La poche anévrysmale est en réalité constituée par trois tuniques concentriques. L'une, la plus interne, représentant la continuation de l'endartère, est en contact immédiat avec le coagulum sanguin, la moyenne est assez épaisse et n'offre rien de spécial ; mais la plus externe a quelques caractères spéciaux ; elle est en effet dédoublée et distendue par l'épanchement sanguin qui s'est infiltré entre les deux dernières tuniques celluleuses, à la façon de ce qui se passe dans les anévrysmes disséquants (avec cette différence que là c'est la couche moyenne qui se trouve en général dissociée entre les lames élémentaires).

L'étude microscopique de ces diverses tuniques montre des lésions intéressantes.

La zone la plus interne, l'endartère, est constituée exclusivement par de jeunes cellules embryonnaires stratifiées sur plusieurs couches successives. La zone moyenne est formée de fibrilles conjonctives entrecroisées, mais les fibres élastiques normales à ce niveau ont presque totalement disparu. Enfin la tunique externe, disséquée par le caillot sanguin, est constituée par du tissu conjonctif ordinaire, au sein duquel se voient de nombreuses cellules à prolongements étoilés.

En un mot, il y a une sorte de transformation des membranes de l'artère qui la prédisposent à se ramollir et à se dilater consécutivement. C'est du reste une transformation analogue à celle qui se passe dans la caverne, car la surface interne de celle-ci est tapissée par une couche de cellules embryonnaires, à structure de bourgeons charnus.

M. CHARCOT. L'étude de ces anévrysmes de rencontre est fort intéressante, parce qu'ils diffèrent notablement des processus habituels dans les anévrysmes chroniques. Ceux-ci reconnaissent pour lésion originelle une endartérite à marche lente et subaiguë ; ici, au contraire, c'est une évolution rapide et une production de cellules embryonnaires comme dans l'inflammation franche : mais, dans les deux cas, c'est toujours une endartérite qui se développe et c'est là un fait remarquable.

M. CORNIL. La lésion occupe toutes les tuniques de l'artère, mais elle est beaucoup plus prononcée, en effet, au niveau de la tunique interne.

M. LIOUVILLE demande si les autres vaisseaux de la caverne étaient malades, et s'il y avait une tendance à la généralisation de ces anévrysmes.

M. CORNIL. La plupart de ces vaisseaux sont oblitérés par un travail inflammatoire. Beaucoup d'entre eux se terminent par une sorte de bouton renflé, constitué par du tissu embryonnaire. C'est également la disposition que l'on observe autour des ulcères de l'estomac. On peut même se demander si les anévrysmes du genre de ceux qu'a présentés M. Lépine ne peuvent pas être formés suivant deux mécanismes différents. Dans le premier cas, il s'agirait d'une dilatation pure et simple des tuniques, qui subiraient quelques modifications de structure ; dans le second, l'artère serait recouverte d'une sorte d'obturateur, de bouchon de cellules embryonnaires, juxtaposées et ne provenant pas du bourgeonnement de ses parois. Ceci expliquerait peut-être pourquoi dans le cas actuel on ne rencontre à la poche anévrysmale qu'un orifice d'entrée, et point d'ouverture de sortie.

M. SEVESTRE. Ici, il s'agit d'un vaisseau s'ouvrant perpendiculairement à la surface de la caverne. Lorsqu'il s'agit d'une artère qui rampe parallèlement à cette surface, l'anévrysme est ordinairement latéral et formé par un amincissement de l'artère. C'est ce qui existait dans le cas que j'ai récemment présenté.

Séance du 27 février.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

27. Dépôts uratiques : oblitération de l'uretère vers son orifice vésical ; hydronéphrose consécutive, par M. BARÉTY, interne des hôpitaux.

Roussange Claude, âgé de 15 jours, entre le 22 février 1874 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard (Crèche) (service de M. GUÉNEAU DE MUSSY). Huit jours après sa naissance, cet enfant fut pris de diarrhée et de vomissements, puis il se mit à tousser. Depuis, son état n'a fait qu'empirer. C'est un être chétif, ayant la peau flétrie, froncée et comme rugueuse, avec une apparence de sclérème aux extrémités des membres. Depuis deux jours, il reste à peu près immobile : il ne prend pas le sein, ne tousse ni ne crie ; la diarrhée et les vomissements ont cessé. La respiration est fréquente, silencieuse, courte, et elle est marquée à distance par des oscillations rythmiques de la tête dans le sens antéro-postérieur. L'exploration de la poitrine fait constater l'existence d'une broncho-pneumonie double, plus accusée à droite qu'à gauche. L'enfant n'a jamais eu de convulsions. Mort le 24 février 1874, à 6 heures du matin.

AUTOPSIE le 25 février. — On constate l'existence d'une broncho-pneumonie double. Le cœur, le foie, la rate, et l'intestin sont sains, mais en examinant les organes urinaires on constate les lésions suivantes : Ce qui frappe tout d'abord, c'est une dilatation assez considérable de l'uretère du côté droit, bien appréciable si on le compare à l'uretère du côté gauche. Ainsi tandis que l'uretère droit aplati, mesure 9 à 10 millimètres de diamètre, le gauche n'en mesure que 4 à 5 dans le même sens.

Les deux reins sont alors ouverts suivant leur bord libre et la vessie y compris la verge par leur face antérieure ; voici ce que l'on constate dans ces organes : Dans les deux reins le sommet de quelques pyramides est strié de jaune d'or par un dépôt uratique (infarctus uratique). Le rein gauche est sain d'ailleurs, mais à droite les calices et le bassinet sont considérablement dilatés, au point que la substance propre du rein, qui à gauche mesure 12 millimètres d'épaisseur en moyenne, n'en mesure que 4 ou 5 en moyenne à droite. Le rein droit constitue donc une sorte de poche et sa cavité est remplie d'un liquide jaunâtre, sale, dans lequel nage une grande

quantité d'une fine poussière couleur jaune d'or, semblable à celle qui constitue les infarctus dits uratiques de quelques pyramides de Malpighi dans les deux reins.

Extérieurement les deux reins sont à peu près semblables. Ils sont bosselés tous les deux et ils ont presque les mêmes dimensions: le rein gauche a une longueur de 5 centimètres et 2 millimètres, et une largeur de 3 centimètres; le rein droit mesure en longueur 5 centimètres et 5 millimètres, et en largeur 3 centimètres. Leur épaisseur est d'ailleurs la même. Il résulte de la comparaison des dimensions des deux reins que la dilatation du bassin et des calices s'est effectuée aux dépens de la substance propre du rein.

La *vessie* et la *verge* ont été fendues le long de leur paroi antérieurs. Il n'existe aucun obstacle dans l'urèthre, ni à ses extrémités, ni dans son trajet; la vessie ne contient ni urine, ni aucun corps solide. L'uretère gauche, dans son trajet à travers l'épaisseur de la paroi vésicale et au niveau même de son orifice vésical, est parfaitement perméable. Mais à droite, à la place qu'occupe normalement l'orifice vésical de l'uretère on trouve, faisant saillie dans la vessie, une petite tumeur, molle, arrondie, un peu allongée verticalement. Cette tumeur rosée est striée de rouge à la surface: elle a le volume d'un petit pois; elle fait une saillie de 5 millimètres et mesure verticalement 5 millimètres, et transversalement 3 millimètres. Cette petite tumeur, qui a l'aspect général du reste de la muqueuse vésicale, n'est autre chose en effet, paraît-il, que la muqueuse elle-même repoussée du côté de la cavité vésicale, et il est facile de s'en assurer. Lorsqu'on introduit une très-fine sonde en baleine ou une soie noire de sanglier dans le bout inférieur de l'uretère droit sectionné en travers, cette sonde arrive dans une petite cavité constituée par la petite tumeur décrite, et l'on peut même faire parcourir toute la cavité à l'extrémité de la sonde. Celle-ci est vue par transparence dans les points culminants de la tumeur, mais il est impossible de retrouver l'orifice de l'uretère. Celui-ci est donc oblitéré. Mais comment cette oblitération a-t-elle pu se faire? Il est possible qu'elle ait eu lieu de la manière suivante: de la poussière uratique serait venue encombrer l'uretère dans son trajet à travers la paroi de la vessie ainsi que son orifice qui est assez étroit normalement. Il en serait résulté un accollement des bords de cet orifice, et l'urine ne pouvant plus passer dans la vessie, de ce côté, aurait fait effort sur les bords de cet orifice, et partant sur la muqueuse vésicale elle-même en ce point, en la repoussant en forme de dôme ou de hernie du côté de la cavité de la vessie. Il en serait résulté cette petite tumeur imperforée décrite, et en même temps

comme conséquence naturelle, la dilatation de l'uretère, du bassin et des calices, avec atrophie de la substance parenchymateuse des reins. En un mot, l'urine sécrétée et versée dans le bassin de l'uretère, ne trouvant plus d'issue du côté de la vessie a fait effort, et du côté du rein dont elle a déterminé l'atrophie, et du côté de la vessie où elle a refoulé un point limité de la muqueuse vésicale, en même temps qu'elle amenait la dilatation des calices du bassin et de l'uretère.

M. RENDU. Je voudrais mettre en relief un point de la communication de M. Baréty, qui me paraît fort intéressant. L'enfant dont il nous a présenté les pièces avait, nous a-t-il dit, du sclérème: or, je ne puis m'empêcher d'être frappé de la grande analogie qui existe entre ce cas et un fait qui s'est passé tout récemment à l'hôpital Necker. On apportait ces jours derniers, dans le service de M. Chauffard, une femme éclamptique, qui accoucha d'un enfant peu développé, et affecté à un haut degré de sclérème. Au bout de quelques jours, cet enfant succomba avec des signes de refroidissement progressif, et l'on put constater pendant les derniers jours de sa vie que ses urines étaient fort albumineuses. L'autopsie montra qu'ici encore les reins étaient très-malades, et complètement infiltrés d'urates, qui remplissaient la plupart des tubulis et pyramides. En présence de cette coïncidence, je me demande s'il n'existe pas une liaison entre l'état de la peau qui constitue le sclérème, et les lésions rénales, qui dans ces deux cas étaient si prononcées.

M. GIRALDÈS. Je ne vois pas que la présence des urates soit pour quelque chose dans l'oblitération de l'uretère. Ces incrustations uratiques sont fréquentes et depuis longtemps signalées chez les très-jeunes enfants. Martin Diana, qui les a étudiées, prétendait même qu'ils se rencontraient presque exclusivement chez des enfants n'ayant pas encore respiré. C'est là une erreur, car on en trouve très-souvent chez de jeunes sujets jusqu'à 2 ans. J'ai eu plusieurs fois, à l'hospice des Enfants assistés, l'occasion de voir des faits de ce genre, avec des dilatations de l'uretère, qui peuvent acquérir des dimensions considérables: mais je n'ai jamais vu que l'oblitération de l'orifice vésical de ce conduit fût produite par de la poussière uratique.

M. PARROT. Il y a certainement une relation entre le dépôt de ces sels uratiques et le sclérème des nouveau-nés, mais

le mécanisme en est indirect. Effectivement on trouve ces dépôts chez presque tous les enfants qui meurent de diarrhée, après avoir subi des déperditions de liquide. Or, la plupart des enfants atteints de sclérème ont également la diarrhée, ce qui amène une infiltration de sérosité dans le tissu sous-cutané. C'est donc une coïncidence fréquente, sans qu'il y ait relation immédiate de cause à effet entre ces deux lésions.

M. CHARCOT. Ici, la lésion paraît ancienne : elle remonte très-probablement à plusieurs mois, et par conséquent elle a pré-existé à la naissance. Ces dépôts uratiques se retrouvent même chez des enfants morts-nés. Comme dans les reins gouteux, ils sont formés d'urates de soude et d'ammoniaque, et se rencontrent dans l'intérieur des tubes urinifères : mais il y a cette différence que les cristaux uratiques chez les gouteux sont incolores, tandis que, ici, ils sont toujours fortement colorés en jaune.

M. PARROT. Il y a encore cette autre différence, que les urates des nouveau-nés sont agglomérés en petites masses mamelonnées et se dissocient en sphérules à couches concentriques, tandis que les mêmes sels, chez les gouteux, sont disposés en aiguilles radiées.

28. Pseudo-anévrysme de l'artère pulmonaire développé dans une caverne tuberculeuse, par le D^r Maurice RAYNAUD, médecin des hôpitaux.

L'attention de la Société anatomique a été plusieurs fois appelée, dans ces derniers temps, sur les anévrysmes de la paroi des cavernes, envisagés comme causes des hémoptysies chez les tuberculeux. La lésion que j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux se rapporte au même ordre de faits ; mais elle présente quelques particularités qui me paraissent du plus haut intérêt. Il s'agit d'un anévrysme développé aux dépens de l'artère pulmonaire, et dont les parois sont constituées par les parois mêmes d'une caverne tuberculeuse.

Le malade qui fait l'objet de cette observation était un homme de 49 ans dont la santé paraît avoir été toujours bonne jusqu'au moment où il commença à tousser, il y a de cela un an environ. La maladie débuta avec les allures d'un simple rhume. Il eut une *hémoptysie très-abondante*, il y a quatre mois. Il assure avoir craché environ deux litres de sang dans l'espace de deux ou trois jours. Il y a un mois, nouvelle hémoptysie moins abondante que la première, à la suite de la-

quelle les crachats restèrent mélangés de sang pendant plusieurs jours. Depuis ce temps, la toux déjà opiniâtre est devenue incessante. Pertes des forces et de l'appétit; fièvre hectique.

Ce que le malade présente de plus caractéristique au point de vue clinique, c'est un habitus extérieur qui, au premier abord le ferait prendre beaucoup plus pour un tuberculeux que pour un malade atteint de cardiopathie organique. L'émaciation n'est pas extrême; il existe une anasarque généralisée, sans que l'exploration des urines permette d'y reconnaître la moindre trace d'albumine. La dyspnée est considérable; la face présente une injection veineuse très-marquée; les lèvres sont cyanosées.

Mais l'exploration physique des viscères thoraciques ne laisse pas longtemps subsister le doute. D'une part l'examen du cœur ne fournit que des renseignements absolument négatifs; d'autre part, on constate au sommet du poumon droit, en arrière, les signes d'une vaste caverne; il y a, de plus, de nombreux râles sous-crépitaux à la base des deux poumons.

Le malade ayant succombé, le 28 février 1874, dans mon service de l'hôpital Lariboisière, j'ai pu constater à l'autopsie les lésions diagnostiquées pendant la vie. Indépendamment d'une caverne de la grosseur d'un œuf de poule environ, au sommet droit, il existait dans l'un et l'autre poumon un grand nombre de granulations tuberculeuses, avec des foyers de pneumonie caséeuse disséminés. Une coupe pratiquée sur le poumon gauche, nous a fait tomber sur la curieuse altération dont je désire maintenant vous entretenir.

Tout près du bord postérieur de ce poumon et à la partie inférieure du lobe supérieur, appartenant à la scissure interlobaire, se rencontre une cavité sphérique de la grosseur d'un marron d'Inde et remplie par des caillots. Ceux-ci sont de deux ordres: les uns sont mous, noirâtres, diffuents et existent au centre; les autres, situés à la périphérie, sont denses, fibrineux, décolorés, et présentent un aspect manifestement stratifié. On peut les décomposer en feuillets emboîtés les uns dans les autres. La surface interne de ces caillots fibrineux, au contact des caillots mous, est remarquablement lisse; la surface externe s'attache exactement aux parois d'une cavité dont on peut aisément la détacher. Cette cavité paraît creusée dans l'épaisseur du tissu pulmonaire et présente l'aspect irrégulier et grenu que l'on rencontre habituellement dans les cavernes déjà anciennes.

Restait à établir l'origine de ces caillots. Une dissection attentive de l'artère pulmonaire m'a fait voir qu'un rameau de 3^e ordre de cette artère contourne, en s'y accolant, les parois de la caverne; de ce rameau part une collatérale qui semble s'ou-

vir à plein canal dans la cavité en question, si bien que la surface interne de cette petite artère semble se continuer avec la surface interne des caillots fibrineux ; un petit éperon mer-que seul la transition de l'une à l'autre de ces deux sur-faces. Il résulte de là que les caillots qui nous occupent paraissent s'être formés aux dépens du sang de l'artère pulmonaire avec laquelle la cavité contenante est en communication directe.

Quelle est la nature de cette cavité ? — S'agissait-il simplement d'un infarctus hémorrhagique ancien. Je sais bien que dans certains cas, les infarctus peuvent présenter des coagulations fibrineuses, indices de l'ancienneté de l'épanchement sanguin qui a subi des modifications ultérieures. Mais, outre que cet aspect exactement arrondi n'est pas habituel dans les infarctus, qui ont plutôt une forme conique, je ne sache pas que les concrétions fibrineuses y prennent jamais un aspect aussi nettement stratifié.

Par tous ces caractères la cavité que vous avez sous les yeux rappelle beaucoup plutôt l'aspect des anévrysmes. Vous y trouverez même les caractères qui entrent dans la définition de l'anévrysme : Tumeur remplie de sang en communication directe avec la cavité d'une artère. Seulement, ici, le sac anévrysmal paraît formé aux dépens même du tissu pulmo-naire.

Si l'on veut se rendre compte du mode de formation de cette tumeur, on doit, je pense, recourir à l'explication sui-vante : Une caverne, probablement moins volumineuse que la tumeur actuelle, s'est mise, par voie d'ulcération progres-sive, en communication directe avec un rameau de l'artère pulmonaire. C'est alors que survint cette hémorrhagie fou-droyante signalée dans l'observation, et qui remonte à quatre mois environ. Probablement la caverne ne communiquait avec les bronches que par un orifice très étroit. Quoiqu'il en soit, l'hémorrhagie s'est arrêtée, et le sang continuant à pas-ser de l'artère dans la caverne, il s'est formé un anévrysme faux où le tissu du poumon, comprimé et comme plissé par le mouvement expansif de la tumeur sanguine, a joué le rôle de sac. Puis, comme il arrive dans les anévrysmes ordinaires, la fibrine s'est déposée en couches concentriques et superposées, tandis que le centre de la tumeur contenait un sang liquide en communication avec celui de l'artère, et qui s'est changé après la mort en un coagulum mou et noirâtre, ce qui est encore le fait des anévrysmes.

Mais ce n'est pas tout ; et l'examen attentif de la pièce révèle encore un fait plus curieux : c'est que les caillots stratifiés ont joué, jusqu'à un certain point, le rôle d'organe protecteur.

L'un des côtés de la paroi de la caverne, ou du sac, (comme on voudra l'appeler), se trouve presque au contact de la plèvre, dont elle n'est séparée que par une épaisseur de 3 ou 4 millimètres. En deux points de cette paroi existent des ulcérations très-probablement dues à un ramollissement d'une petite masse tuberculeuse, et parfaitement analogues aux petites fistules pleuro-pulmonaires que l'on rencontre dans le cas de pneumo-thorax, par perforation du poumon. Il est facile de s'assurer que ce qui reste de parenchyme pulmonaire a été, en ce point, complètement détruit, que la perforation est absolue et établit une libre communication entre la plèvre et l'intérieur de la caverne, mais la couche épaisse des caillots stratifiés qui tapisse en ces points l'intérieur de la caverne, a empêché le contenu de s'échapper par cette voie; il n'y a donc eu ni pneumo-thorax, ni hémorrhagie pleurale.

J'étais donc fondé à dire que la tumeur anévrysmale en question a joué, jusqu'à un certain point, un rôle favorable, et que sans cette tumeur la mort serait probablement survenue quelques semaines, peut-être quelques jours plus tôt, par perforation du poumon.

M. PARROT. Ce cas diffère notablement des deux présentations faites précédemment à la société. Il s'agissait alors d'anévrysmes formés bien évidemment aux dépens d'un artériole bronchique ou pulmonaire.

Ici, au contraire, il n'existe pas de poche anévrysmale vraie, puisque le caillot tapisse directement la paroi de la caverne. C'est là le résultat d'une coagulation du sang dans l'intérieur d'une excavation pulmonaire, et l'on ne peut considérer cette pièce comme un véritable anévrysme.

M. RAYNAUD. J'ai précisément présenté ce fait anatomique parce qu'il diffère de ceux que l'on a montrés à la société. Je sais bien qu'ici la paroi est constituée par le tissu pulmonaire mais pourquoi refuser à cette lésion le nom d'anévrysme? Ce n'est évidemment pas un infarctus; d'autre part, c'est une tumeur sanguine à paroi communiquant avec l'intérieur d'un vaisseau: le tissu pulmonaire joue seulement le rôle d'un sac anévrysmal.

M. CHARCOT. Un fait analogue se produit parfois dans les cavités qui résultent de pneumonie avec gangrène pulmonaire: il se fait souvent un suintement hémorrhagique dans l'excavation; le sang qui se dépose peut se coaguler en formant des stratifications régulières, exactement comme dans le cas actuel. Une partie du sang s'écoule au dehors, le reste se prend

en concrétion fibrineuse, mais ce n'est pas là un anévrysme, car ce mot implique l'idée d'une altération vasculaire.

M. TRÉLAT. Je crois que pour la clarté du langage, il faut continuer à appliquer à cette lésion le terme d'anévrysme faux consécutif. Que du sang s'épanche dans un membre à la suite d'un traumatisme, qu'un moignon d'amputation ulcéré donne naissance à un foyer sanguin enkysté, nous considérons ces lésions comme des anévrysmes faux consécutifs. Cette nomenclature exprime, dans notre esprit, la série des transformations successives par lesquelles passe le sang épanché, jusqu'au moment où il se concrète en feuillets fibrineux stratifiés. Ce sont là des phénomènes communs à toutes les tumeurs en communication avec les vaisseaux artériels, condition presque indispensable, ainsi qu'on le sait, à la production de feuillets fibrineux stratifiés. Anévrysme faux, dans le cas actuel, veut dire qu'il n'y a pas de paroi artérielle, consécutif signifie que cette apparence de poches stratifiées est le résultat d'une série de modifications du caillot primitif.

M. CHARCOT. En suivant logiquement les conséquences de cette définition, il faudrait appeler anévrysme faux consécutif la dilatation partielle de la pointe du cœur, qui petit à petit arrive à se tapisser de concrétions fibrineuses et lamellaires. C'est là cependant un anévrysme vrai s'il en fût.

M. TRÉLAT. Ce cas n'est pas comparable car il y a là une véritable paroi, qui est celle du ventricule lui-même. C'est un anévrysme vrai mais partiel.

M. CHARCOT. Toutefois, le fait du sang épanché dans une cavité préexistante, puis coagulé, est bien différent de celui d'un anévrysme vrai par dilatation ou même par rupture artérielle, et il y a, à mon avis, un inconvénient de réunir sous la même appellation deux processus aussi distincts.

M. TRÉLAT. Ces processus ne diffèrent pas autant qu'on pourrait le croire. Un hématome stratifié dans une poche préexistante, que ce soit une caverne ou une cavité adventive ressemble beaucoup à un anévrysme vrai de l'artère poplitée, par exemple, qui aurait guéri par oblitération du vaisseau. Du reste, le fait de M. Raynaud, quel que soit le nom qu'on lui donne, n'en présente pas moins un grand intérêt, car il montre que le mécanisme de l'hémoptysie peut se faire d'après des modes très-différents.

29. Diaphragme au niveau de la région membraneuse de l'urètre, observé chez un nouveau-né. — Permanence et dilatation considérable de l'ouraque. — Distension des uretères et kystes des reins. — Kyste sur le trajet du cordon ombilical, par M. SEUVAN, interne.

La nommée Gautier, accouche le 10 février 1874, à la Maternité, d'un garçon venu à terme, mais faible et ne pesant que 2,100 grammes. Aucun fait particulier ne s'était présenté dans le cours de la grossesse.

On nous présente un enfant vivant à peine : teinte asphyxique de la face, respiration saccadée, incomplète, aucun cri ; bruits du cœur réguliers, mais faibles et ralentis ; mouvements réflexes peu marqués ; peau froide. La mort est imminente. Notre attention se fixe sur l'examen d'un kyste contenant un liquide d'un jaune rougeâtre situé dans l'épaisseur même du cordon et d'une tumeur abdominale placée à la région ombilicale immédiatement en arrière des parois. Le ventre plissé, ridé, comme flétri, permet à la main d'embrasser cette tumeur qui, de consistance ferme, ne donne aucune sensation de fluctuation. Comme l'hypochondre droit est affaissé, on pense à un déplacement du foie et la formation du kyste du cordon est attribuée à la compression des vaisseaux.

L'enfant, au dire de la nourrice, aurait rendu un peu de méconium et mouillé ses langes. Ce dernier renseignement empêche de songer à un obstacle au cours de l'urine et à une distension des voies urinaires.

On ne remarque aucune hernie à travers l'anneau ombilical. Pas d'autre vice de conformation apparent, si ce n'est un pied-bot varus droit, exagération légère de l'attitude normale du pied au moment de la naissance. Au bout de 24 heures, l'enfant succombe.

AUTOPSIE. — Les bords antérieurs seuls des *poumons* sont distendus par l'air. Thymus et cœur, normaux. Le *foie* est petit, peu développé, mais sa forme, sa consistance, sa situation sont régulières. *Intestins* peu volumineux, congestionnés. *Rectum* et *fosse iliaque*, distendus par un méconium épais. La rate et les capsules surrénales ne présentent rien de particulier à signaler. Les *reins*, les *uretères*, l'*ouraque*, sont le siège d'altérations sur lesquelles nous devons insister.

Les *reins*, d'un volume à peu près normal, offrent à la surface de la substance corticale de nombreux petits kystes, pour la plupart semi-transparents et de la dimension d'une lentille. A la coupe, la substance médullaire semble se confondre insensiblement avec la substance corticale anémiée. Les calices

et le bassinot sont distendus et se poursuivent avec un canal de plus en plus large : les deux uretères flexueux, ont le calibre d'un intestin grêle d'adulte (3 centimètres de diamètre). Au moment de se jeter dans la vessie, ils se rétrécissent, leur orifice vésical, nettement apparent, admet une grosse sonde cannelée. Quant à la *vessie*, elle déborde de 6 centimètres la symphyse pubienne, et son sommet se continue à plein canal (4 centimètres de diamètre), avec l'ouraqué, resté perméable et formant une vessie supplémentaire.

La tumeur abdominale perçue pendant la vie et prise pour un déplacement probable du foie, n'était autre que l'ouraqué fortement distendu par l'urine. Cette tumeur a une forme ovoïde à petite extrémité tournée vers l'ombilic, à grosse extrémité tronquée, se continuant en bas avec la vessie. Sa surface extérieure est légèrement rugueuse, adhérent en avant à la paroi abdominale ; sur ses faces latérales, serpentent les artères ombilicales distendues et variqueuses. L'incision qui fait reconnaître des parois épaisses, fibreuses, laisse écouler de l'urine sanguinolente ; diamètre longitudinal de l'urèthre, 6 centimètres, diamètre transversal, 5 centimètres.

La ligne de démarcation entre la vessie vraie et cette vessie complémentaire, est fixée par un léger étranglement au point de jonction, tandis que la première offre des colonnes charnues, nettement accusées, la surface interne de l'ouraqué, distendu, est lisse et polie.

Le sommet de l'ouraqué aboutit à l'anneau ombilical mais ne se poursuit pas dans l'épaisseur du cordon : un stylet fin ne trouve aucun trajet entre la veine et les artères ombilicales. Cependant, l'urine retenue et accumulée peut déterminer à la face interne de l'anneau ombilical une pression, et par suite, une gêne de la circulation, permettant d'expliquer la formation de l'hydropisie enkystée du cordon.

Le kyste situé sur le trajet du cordon à 8 centimètres de l'ombilic, était du volume d'un œuf de poule et modérément distendu par 30 grammes environ d'un liquide jaunâtre, légèrement trouble et visqueux. — La pression ne fait pas déplacer le liquide, preuve nouvelle de la non permanence d'un trajet à travers le cordon. La veine ombilicale traverse la cavité kystique : flexueuse à ce niveau, elle est entourée d'une matière glutineuse, colloïde, jaunâtre (sorte de gélatine de Wharton liquéfiée). Restait à connaître l'obstacle au cours régulier de l'urine qui avait déterminé pendant la vie fœtale cette rétention progressive.

La *verge* est petite, mais bien conformée ; le méat urinaire laisse pénétrer un gros stylet ; mais en cherchant à pénétrer d'avant en arrière jusque dans la vessie, on se trouve arrêté à

la région profonde de l'urèthre. Après une incision transversale, faite un peu en avant de l'obstacle, on pratique le cathétérisme d'arrière en avant. L'instrument pénètre facilement à travers le col vésical dilaté, mais bientôt, on voit par transparence l'extrémité mousse du stylet presser sur un diaphragme assez résistant, placé à l'union de la portion spongieuse de l'urèthre avec la portion membraneuse. Le diaphragme peut être comparé à un hymen en miniature. Une pression un peu plus forte de l'instrument explorateur accuse un petit crifice à la partie supérieure, orifice à travers lequel l'urine avait pu, pendant la vie, filtrer par regorgement.

RÉFLEXIONS. — Chez l'embryon, l'ouraque, comme on le sait, établit une communication entre la vessie et la cavité amniotique; avant le cinquième mois de la vie fœtale, ce canal est oblitéré (1), et chez le nouveau-né, il est à l'état de vestige filiforme; les cas, dans lesquels sa perméabilité persiste, sont exceptionnels et ne s'expliquent que par un obstacle au cours de l'urine existant dès les premiers mois de la vie fœtale; on admet difficilement, qu'une fois transformé en ligament fibreux, l'ouraque puisse repasser à l'état de canal.

Dans les rétentions de l'urine par imperforation de l'urèthre, le réservoir urinaire acquiert quelquefois un développement énorme, et peut devenir une cause de dystocie (2). Chez notre nouveau-né, on n'observa pas cette distension exagérée du ventre, mais elle dut exister à une époque indéterminée de la vie fœtale: les plis de l'abdomen, l'épaisseur des parois de la vessie et de l'ouraque et l'état flexueux des artères ombilicales sont l'indice certain du retrait du réservoir urinaire.

Sans doute, le diaphragme uréthral resta pendant un certain temps complet; mais, à un moment donné, sous l'influence de la pression croissante du liquide, il put se rompre en un point et laisser passer dans la cavité amniotique une certaine quantité d'urine; si bien qu'à la naissance, l'enfant urinant, l'attention ne fut pas portée sur l'existence possible d'une anomalie des voies urinaires.

Dans le cas où l'enfant aurait vécu, serait-il survenu une fistule urinaire ombilicale comme dans les faits signalés par M. Gruget? L'ouraque ne faisant pas hernie à travers l'ombilic et paraissant en voie de rétraction, il est probable que cet accident ne se serait pas présenté; mais à une condition, c'est que, songeant à une obstruction du canal de l'urèthre, on eût cherché par un cathétérisme bien conduit et une dilatation progressive, à enlever l'obstacle au cours régulier de l'urine.

(1) L. Gruget. — *Des fistules urinaires ombilicales*. Paris 1872,

(2) Depaul. — *De la rétention d'urine pendant la vie fœtale*. Paris, 1860.

M. TH. ANGER. Le point le plus important de la communication de M. Seuvre, est la présence d'un diaphragme fibreux au niveau de la région membraneuse de l'urèthre. On trouve, en effet, souvent chez les jeunes animaux un diaphragme de ce genre entre la portion spongieuse et la portion membraneuse, ainsi qu'il résulte de recherches que j'ai faites à Clamart sur le développement des organes génitaux. Ces deux portions de l'urèthre sont distinctes et indépendantes de la portion prostatique, qui se développe de son côté. Il est donc probable que ces deux canaux se creusent à la rencontre l'un de l'autre et se fusionnent en un canal unique. On s'explique peut-être ainsi certains cas d'hypospadias qui vont s'ouvrir dans la région périnéale. Du reste, ces particularités anatomiques n'ont été vues jusqu'ici que chez les animaux, et je n'ai pu les compléter chez le fœtus. Mais l'anomalie qui vient d'être présentée par M. Seuvre vient tout-à-fait à l'appui de ces idées sur le développement de l'urèthre.

M. GIRALDÈS. Il faudrait savoir à quelle époque de l'histoire du développement correspond cette anomalie, car il y a bien moyen d'expliquer la dilatation des uretères et de l'ouraque sans le diaphragme membraneux en question. On sait que la vessie ne présente pas d'abord d'ouverture uréthrale, et que, primitivement, la poche allantoïdienne ne communique pas avec le canal de l'urèthre. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'il n'y ait point de communication entre la vessie et l'extérieur, à une certaine époque. Quant aux hypospadias à ouverture périnéale, ils se forment par un autre mécanisme.

M. GUÉNIOT. L'imperméabilité de l'urèthre est ici bien évidemment l'une des grandes causes de la dilatation de l'ouraque et de sa persistance, mais il faut en admettre une autre, car le résultat immédiat de l'oblitération de l'urèthre est la dilatation de la vessie, bien plutôt que celle de l'ouraque. Il faut croire que, dans ce cas, l'ouraque a une tendance à persister et à se laisser dilater. Du reste, la persistance de l'ouraque se rencontre même en cas de perméabilité complète de l'urèthre et il y a ceci de remarquable, c'est que toutes les tentatives faites alors pour oblitérer l'ouraque ont échoué. Roux, puis Velpeau, ont essayé en vain de comprimer ce conduit, pour rétablir le cours normal des urines ; ils ont même placé une sonde à demeure dans l'urèthre de l'enfant, mais l'urine continue à passer quand même par l'ombilic.

30. Cancer de l'utérus, propagé à la face inférieure de la vessie, Oblitération des uretères, urémie à forme gastrique, abaissement de la température, par M. CARPENTIER-MÉRICOURT, interne provisoire.

Schuler (Marguerite), 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 janvier 1874 (service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ).

Antécédents. — Bonne santé habituelle. N'accuse qu'une pneumonie antérieure. N'a jamais eu d'enfants, a cessé d'être réglée depuis 6 ou 7 ans. N'avait jamais rien ressenti du côté des organes pelviens, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'un violent chagrin (la perte de son mari) elle a été prise, dit-elle; d'une métrorrhagie abondante qui l'effraya beaucoup; cette perte s'arrête au bout de quelques jours, mais est remplacée par une leucorrhée persistante. Après des marches excessives, ou après un travail forcé, réapparition de ces pertes sanguines, qui cessaient rapidement. Mais, depuis quelque temps, un écoulement sanguinolent, roussâtre, fétide est presque continu; la malade accuse, de plus, des douleurs abdominales et lombaires qui ne la quittent plus. Elle entre à l'hôpital, service de M. Beaumetz, le 14 janvier 1874. Santé générale assez satisfaisante; la malade est très-grasse, pas émaciée le moins du monde, n'a pas la teinte caractéristique du cancer, mais seulement un peu de pâleur de la face et des téguments. Perte d'appétit, dégoût des aliments, de la viande surtout; ne mange que de la soupe et des laitages. Fréquemment des nausées; rarement des vomissements, qui, du reste, ne présentent rien de remarquable, de la bile et des aliments. Elle est un peu constipée, depuis quelque temps déjà.

La miction se fait régulièrement, dit la malade; elle urine même beaucoup et se plaint d'avoir toujours soif: elle boit comme elle urine, c'est-à-dire de 3 à 4 litres.

Le palper abdominal éveille des douleurs s'irradiant au-dessus des pubis, dans les fosses iliaques; dans les lombes, la pression est douloureuse aussi, mais moins cependant. Au toucher vaginal, le doigt entre dans une masse granulée, fongueuse, saignante, et ne peut établir la limite entre les parois du vagin et le col utérin, une masse cancéreuse donnant un ichor fétide, occupe toute la région. — Pas de propagation du côté du rectum. — *Diagnostic*: Cancer du vagin et de l'utérus, ayant détruit la portion vaginale du col.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade fait remarquer qu'elle urine bien moins. En même temps, elle a des nausées plus fréquentes; puis, elle se met à vomir les jours suivants; ces vomissements ne présentent pas de carac-

tère spécial, pas de coloration noirâtre; ils surviennent aussi bien avant qu'après l'ingestion des aliments. L'examen attentif de la région épigastrique ne fait constater aucune tumeur, ni à l'estomac, ni du côté du foie.

La malade qui a perdu tout appétit, accuse une soif vive, elle ne prend plus que du lait, de l'eau de seltz, et de la glace. Mais les vomissements n'en persistent pas moins, fréquents dans la journée, alternant avec des hoquets qui fatiguent cruellement la malade. Cet état et les douleurs lancinantes, dans le petit bassin, dans les cuisses, empêchent tout sommeil et la malade prie instamment qu'on la fasse dormir. — Deux injections de chorhydrate de morphine (seringue de Pravaz) sont faites, mais on ne continue pas sur la demande de la malade qui les accuse de la rendre « toute drôle » et de ne pas la faire dormir du tout.

La persistance des vomissements, en même temps que la lenteur du pouls, l'abaissement, à la main, de la température du corps, portent M. Beaumetz à diagnostiquer des accidents d'urémie, tenant probablement à une compression des uretères par la tumeur du bassin.

La température axillaire prise le 21 février, au matin, est de 36°; le soir, à la visite, la malade était morte; elle s'était éteinte, pour ainsi dire par surprise, après avoir causé avec ses voisines, avec la religieuse du service, ayant conservé sa connaissance jusqu'au bout, et sans avoir rien présenté d'extraordinaire, ni coma, ni convulsions. — Dans la journée, elle paraît cependant avoir eu moins de nausées, mais des hoquets assez fréquents, sans vomissements. Elle se plaignait aussi d'être fatiguée et essoufflée.

AUTOPSIE, 29 heures après la mort. — Cadavre ayant un notable embonpoint; face pâle, anémiée; mais pas de teinté jaune paille; à la coupe, épaisseur considérable du tissu adipeux. — *Poumons*. — Rien, un noyau induré au sommet gauche seulement. — *Cœur*. — Couvert d'une couche considérable de graisse. *Cor bovis*. — Hypertrophie considérable des parois du ventricule gauche. Dilatation uniforme de l'aorte avec signes d'aortite, plaques jaunâtres, molles, sous la séreuse, non indurées. — Rien aux valvules, pas de caillots. — *Fote, rate, intestins*, — normaux. — *Estomac*. — Vide, un peu de lait caillé seulement, pas d'altération.

Organes génitaux-urinaires. — *Reins*. Différents de volume et d'aspect. — Le rein droit, plus volumineux, plus allongé est très-chargé de graisse. Il est assez difficile d'enlever l'enveloppe des reins; elle est très-épaissie, très-adhérente en certains points, à l'extrémité supérieure par exemple, où elle

recouvre une sorte de cicatrice du rein. — En ces points, la face interne de la capsule est très-vasculaire.

M. Liouville a bien voulu examiner l'état des reins et a constaté : de la néphrite ; une sclérose qui paraît également prononcée dans la substance corticale et la substance tubulaire, avec atrophie d'un certain nombre de glomérules de Malpighi. Les reins présentent les dimensions suivantes : rein *gauche*, un peu atrophie, paraît légèrement arrondi, longueur 11 centimètres, largeur 4 centimètres, épaisseur 3 centimètres. Rein *droit*, assez volumineux allongé, longueur 13 centimètres, largeur 7, 5 centimètres, épaisseur 3 centimètres.

Uréters très-dilatés, se présentent sous l'aspect de 2 cordons blanchâtres, transparents, ressemblant beaucoup à l'intestin grêle de l'enfant. Comme les reins, ils offrent entr'eux des différences : à *gauche*, *bassinets*, très-dilaté ; — aplati, il a une longueur transversale de 3, 5 centimètres. Urètre, très-dilaté aussi ; 4 centimètres de circonférence. A *droite*, *bassinets*, peu dilaté, aplati 1 centimètre, urètre moins dilaté, plus à la partie inférieure, 3 centimètres de circonférence. On peut suivre le trajet des uréters, et les isoler des parties voisines, jusqu'au point où ils vont contourner l'utérus ; là, ils sont englobés dans une masse dont il est impossible de les isoler ; ils ne sont pas froncés, ils ne paraissent pas brusquement rétrécis. En pressant fortement de haut en bas, sur l'urètre distendu on peut faire sourdre, dans la vessie, quelques gouttes de liquide, entraînant avec lui des petits grumeaux blanchâtres, identiques à ceux que nous retrouverons dans la masse cancéreuse. L'urètre gauche contenant plus de liquide, on fend le rein, et le liquide recueilli est examiné au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, par M. Roux.

« On a constaté la présence d'un peu d'ammoniaque, et, peut-être y avait-il de l'urée, mais, (l'examen a été fait 3 jours après la mort) la présence dans le liquide de matières organiques, cellules épithéliales, globules blancs et rouges, pourrait expliquer la présence de l'ammoniaque. » Pas de cristaux d'acide urique, au microscope.

Vessie. — Peu d'urine, dans laquelle flottent quelques grumeaux blancs, ayant l'aspect de grains de semouille agglomérés ; grains détachés d'une plaque cancéreuse, dure, occupant le bas-fond de la vessie ; on distingue sur cette plaque deux saillies, en forme de virgule, dont la base regarderait l'orifice des uréters qu'elle oblitère, et dont le sommet se reliant à celui du côté opposé forme une sorte de rigole conduisant à l'orifice vésical de l'urèthre. Les autres portions de la vessie sont indemnes. — L'urèthre a sa muqueuse congestionnée, et striée de fins vaisseaux parallèles à sa direction.

Utérus. — Envahi à peu près totalement par le cancer, sauf dans le 1/3 supérieur qui est mollassé et contient dans la cavité un liquide roussâtre, avec débris blancs jaunâtres. En prenant entre les doigts la vessie, la portion inférieure de l'utérus et le vagin, on ne sent qu'une tumeur dure, faisant cependant 2 saillies notables de chaque côté de la ligne médiane. Si l'on fend l'utérus et le vagin on voit que ce dernier se confond insensiblement avec le corps de l'utérus, (on ne distingue plus de col) transformé en une masse cancéreuse blanchâtre, granitée. Au niveau de l'orifice vésical de l'uretère droit, il y a un ramollissement et une désagrégation notable de la tumeur; il s'est formé là une sorte de caverne qui n'est séparée de l'intérieur de la vessie que par une mince cloison que l'on romprait facilement. Il se serait, en ce point, bientôt formé une fistule vésico-utéro-vaginale. — Les ovaires portent chacun un kyste, plus volumineux à droite (un œuf de poule). — Par la pression, on fait refluer un peu de liquide dans la trompe droite.

Rectum. — Pas d'altération de la muqueuse. — Le cancer n'a pas encore gagné ses parois.

RÉFLEXIONS.— Cette observation, analogue à une autre présentée à la Société Anatomique dans le courant de l'année dernière par M. Liouville, vient à l'appui: 1° de l'opinion émise par M. Wannebroucq (de Lille) et de M. Lasègue qui ont fait remarquer que souvent dans le cancer de l'utérus, la mort survenait par suite de l'oblitération des uretères, et non par suite de la cachexie cancéreuse. — En effet, dans notre cas, bien que les lésions fussent très-étendues, la malade, loin d'être émaciée et cachectique présentait un très notable embonpoint; 2° des remarques de M. Bourneville, sur *l'abaissement de la température* dans l'urémie (1). C'est, du reste, cette particularité qui a fait porter ici le diagnostic: Urémie (forme gastrique). On remarquera aussi, dans ce fait, les relations entre l'excrétion de l'urine et les vomissements: au début, la malade urinait beaucoup, peu de vomissements; dans la dernière période, peu d'urine, hoquets et vomissements fréquents.

M. CHARCOT. L'oblitération de l'uretère, dans le cancer de l'utérus, est tellement fréquente, que près de la moitié des cancéreuses de la Salpêtrière succombent à des accidents urémiques. Ce qui est particulier ici, c'est la forme de ces accidents. Au point de vue de la théorie toxique de l'urémie, on peut bien admettre que les vomissements répétés chez cette

Bourneville. — *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, p. 171.

femme ont eu pour résultat de prévenir les accidents comateux qui seraient probablement survenus sans cela.

31. Kyste dermoïde du ligament large diagnostiqué avant la gastrotomie. Opération. Guérison, par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Celina B., journalière, âgée de 18 ans, entre le 15 février (service de M. ANGER) à l'hôpital Saint-Antoine. Il y a sept mois, sans aucune douleur, sans aucun malaise antérieur, cette jeune fille a ressenti tout à coup une difficulté d'uriner qui, sans aller jusqu'à rendre la miction impossible, la rendait cependant lente et douloureuse; les envies d'uriner étaient fréquentes et l'urine rendue peu abondante. Les douleurs toutefois n'existaient qu'au moment de la miction, et n'étaient pas assez fortes pour qu'un médecin ait été consulté. Mais il y a cinq mois, c'est-à-dire deux mois après, les douleurs se manifestèrent dans les reins, s'irradiant dans les flancs, surtout à droite; elles reparurent alors dans l'intervalle des mictions, et la malade fut bientôt éveillée par la souffrance au milieu même de son sommeil.

Il y a deux mois environ, ces douleurs, caractérisées par une sensation de brûlure et d'élançements s'irradiant jusque dans le fondement et la matrice, l'empêchèrent absolument de reposer; la pression exercée sur le ventre, le contact même des vêtements devint douloureux; en même temps, survint une constipation opiniâtre. M. Leroy fut alors consulté et sonda la malade pour une rétention d'urine; il la sonda une deuxième fois vers la fin de janvier pour la même cause, et reconnut l'existence d'une tumeur abdominale dont la malade ne soupçonnait pas l'existence, bien que, depuis une quinzaine, elle eût remarqué que son ventre augmentait de volume.

Le 5 février, nouvelle rétention d'urine; la malade est sondée. — Le 6, une ponction capillaire est faite à la tumeur; il ne s'écoule rien par la canule, et, en la débouchant, on recueille une matière suiffeuse analogue à du mastic ou à du gras de cadavre, dans laquelle le microscope permet de reconnaître la présence de cellules, analogues aux cellules épithéliales des glandes sébacées.

Le 13 février, la malade entre dans le service. Ses douleurs sont très-violentes; elles la forcent à s'asseoir sur son lit dans la nuit, lui arrachent des cris lorsque par hasard elle s'endort, et ne lui laissent aucun repos. Elles diminuent un peu lorsque la malade marche, ou lorsque elle reste debout; dans cette dernière position, et lorsqu'elle est assise sur son

lit, elle n'a pas les envies de vomir, et les menaces de syncope qu'elle éprouve lorsqu'elle repose horizontalement. Les digestions sont bonnes, mais depuis bientôt cinq mois la malade mange très-peu; elle n'a pas d'appétit, cependant elle ne vomit jamais.

Au milieu de tous ces symptômes, les règles (qui ont apparu à l'âge de 13 ans, et sont toujours revenues régulièrement pendant quatre à six jours au moment de chaque époque) n'ont pas été modifiées; une seule fois depuis le début de ses douleurs, la malade a perdu à deux reprises différentes dans l'intervalle d'un mois.

En découvrant le ventre, on remarque immédiatement l'existence d'une tumeur qui fait à gauche une saillie un peu plus forte qu'à droite. Le palper fait reconnaître que cette tumeur, située sur la ligne médiane, offre près de la ligne médiane une légère dépression qui semble limiter deux bosselures latérales peu marquées; toutefois leur ensemble ne forme à proprement parler qu'une masse arrondie remontant jusqu'à l'ombilic, et sur le côté gauche de laquelle on constate la présence d'un petit lobule détaché; celui-ci est nettement isolé, et offre le volume d'une petite pomme, d'une grosse noix. La tumeur est dure, immobile, enclavée; à peine y constate-t-on l'existence douteuse d'une fluctuation profonde. Son diamètre vertical (du pubis à l'ombilic) est de 18 centimètres; c'est aussi l'étendue de son diamètre transversal; elle est éloignée de 4 centimètres de l'épine iliaque gauche, et de cinq centimètres de la droite. La percussion donne à son niveau de la submatité; la matité n'est complète qu'à 6 centimètres au-dessus du pubis.

Le toucher vaginal ne fournit pas les renseignements qu'on pourrait en attendre, surtout chez une jeune fille vierge. On ne trouve nulle part le col utérin ou quelque chose qui ressemble à un col de *nullipare*. Tout au plus, en haut et à gauche, derrière le pubis, sent-on une dépression circulaire que l'on pense être l'orifice du col utérin, pensée que rend fort probable l'existence du lobule détaché de la tumeur que l'on rencontre de ce même côté, et que vient confirmer le cathétérisme vésical en montrant que la sonde introduite dans la vessie se dirige en haut et à gauche; d'où cette conclusion que l'utérus et avec lui la vessie ont été déplacés tout en conservant leurs rapports. Aucun sillon, aucune ligne de démarcation ne peuvent être reconnus entre la tumeur et ce col dont nous parlons, formé par une dépression que ne supporte aucune saillie, et qui ne ressemble guère au cône saillant et résistant qui constitue un col vierge. Il semble que la muqueuse vaginale et cette dépression circulaire se continuent sans li-

mite appréciable, comme si la muqueuse du col tirillée, dépliée, s'était détachée du parenchyme sous-jacent, et que par son intermédiaire la muqueuse vaginale fût venue s'insérer directement au pourtour de l'orifice du col. On ne constate aucune mobilité à la tumeur.

Le toucher rectal est pratiqué : on rencontre à 4 centimètres de l'anus une masse aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme et aussi dure qui bombe fortement dans le rectum. M. Th. Anger diagnostique, d'après ces signes, un *kyste du ligament large*, et, d'après la nature de la matière obtenue par la ponction aspiratrice, un *kyste dermoïde*.

Les douleurs véritablement intolérables que ressent la malade, et que ni l'opium, ni le chloral, ni les injections sous-cutanées de morphine ne peuvent calmer, l'impossibilité de diminuer le volume du kyste par des ponctions successives à cause de sa nature même, et l'accroissement de volume que paraît prendre la tumeur pendant les huit premiers jours que la malade passe dans le service, font décider une gastrotomie.

L'opération est pratiquée le 27 février. Après avoir vidé la vessie de l'urine qu'elle pouvait contenir, une incision de cinq centimètres a été faite à la paroi abdominale. Puis, lorsque l'écoulement du sang a été arrêté avec les pinces à pression continue, le péritoine pariétal a été incisé sur la sonde canelée. La tumeur est alors apparue, et on a pu voir qu'elle était recouverte par un nouveau feuillet péritonéal qui a été également divisé. L'opérateur, introduit dans l'abdomen, a fait reconnaître que le lobule détaché de la tumeur et situé à gauche était bien, en effet, le corps de l'utérus. Une ponction a été faite à la tumeur avec un gros trocart, et a donné issue à plus d'un litre d'un liquide gris-verdâtre au milieu duquel nageaient des fragments de cette matière suiveuse qu'avait fournie la ponction exploratrice ; une mèche de cheveux est sortie, venant dès ce moment confirmer le diagnostic. Alors la poche a été saisie avec les pinces et attirée vers l'ouverture. On a pu constater que l'utérus était accolé à la partie gauche de la tumeur, de sorte que sa face antérieure regardait à gauche. Le toucher vaginal a permis de constater que le col utérin devenait apparent par suite de la diminution de tension dans le kyste. On a pu voir aussi que l'ovaire et la trompe gauches étaient accolés à la tumeur tandis que la trompe droite lui était adhérente.

L'énucléation s'est faite facilement, surtout lorsqu'une deuxième ponction pratiquée avec le même trocart dans une seconde poche eut évacué près d'un litre d'un liquide en tout semblable à celui qu'on venait de recueillir. L'énucléation

continuant, le pédicule s'est bientôt montré : il était très-court et en même temps peu large, le kyste était presque sessile, il recevait son pédicule non par sa partie inférieure comme cela a lieu généralement, mais par sa partie supérieure. On vit alors que l'adhérence de la trompe droite à la partie postérieure du kyste était complète. Un fil de fer très-fort fut passé autour du pédicule (il étreignait la trompe adhérente à très-peu de distance de son insertion à l'utérus), et tordu avec le serre-nœud. Enfin, le pédicule étant sectionné, il fut procédé aux sutures superficielle et profonde de la paroi abdominale.

La poche kystique a été incisée ; nous remarquons d'abord qu'elle est formée par deux poches accolées, de volume à peu près égal, circonstance que pouvait faire prévoir la légère dépression que l'on reconnaissait par le palper sur la ligne médiane. A l'intérieur, nous trouvons dans la poche gauche surtout, une couche épaisse de matière grasse analogue à du sébum, qui, par places, atteint jusqu'à près de deux centimètres ; au milieu de cette substance, on trouve des poils dont les uns sont très longs et isolés, tandis que les autres sont très-courts et réunis en groupes. La face interne du kyste étant dépouillée de cet enduit, nous distinguons alors en un point, des îlots jaunâtres, durs, qui semblent formés par la même substance concrétée ; près de ces masses, on voit un morceau d'os de deux centimètres environ. Il paraissait supporter une dent, mais le mamelon que l'on prenait pour tel ne contenait point d'ivoire, ainsi que l'a montré l'examen histologique. La tumeur n'offre d'ailleurs aucune autre particularité, sauf la présence à sa face externe de la plus grande partie de la trompe droite sectionnée.

Au moment où cette observation est remise, c'est-à-dire le 21 mars, *la malade est guérie, elle a quitté l'hôpital vingt-trois jours après l'opération* ; sa plaie était presque fermée, elle restait levée dix heures par jour.

Trois points de cette observation nous paraissent devoir attirer particulièrement l'attention, ce sont : 1° *le diagnostic précis de la nature de la tumeur*, fait d'après le produit de la ponction ; 2° *le diagnostic précis de son siège, tumeur située dans le ligament large*, déterminé surtout d'après l'effacement complet du col utérin par suite du déplissement de la muqueuse ; 3° *l'absence d'adhérences*, sauf avec la trompe droite, d'où la facilité de l'énucléation.

M. Th. ANGER. Ce kyste était compris dans l'épaisseur même du ligament large. Après l'incision de la paroi abdominale, j'ai d'abord rencontré le sommet de la vessie ; puis, en arrière, je suis

arrivé sur une membrane cellulaire que j'incisai : c'est alors que la paroi propre du kyste devint visible. La poche kystique put être retirée totalement par simple énucléation : il n'y avait aucune adhérence, sauf à la partie supérieure. J'ai dû exciser l'extrémité postérieure de la trompe. La tumeur était fort peu vasculaire. Il semble donc très-probable qu'elle siégeait entre les deux feuillets du ligament large ; quant à l'ovaire, je n'ai pu le voir.

M. GIRALDÈS. J'ai eu l'occasion d'enlever chez une fille de 17 ans, un kyste dermo-pileux du même genre, dans lequel je trouvai un os irrégulier rappelant grossièrement la forme d'un pariétal. Mais les parois du kyste étaient très-vasculaires. De plus, la tumeur n'était pas incluse dans une poche celluleuse particulière : elle était directement placée dans l'intérieur de la cavité péritonéale ; l'énucléation s'est faite également avec facilité. (Voy. *Société de Biologie*, 1867, p. 113).

M. LEDENTU. Je crois que M. Giraldès donne un peu trop d'importance à la poche qui entourait le kyste dans l'opération de M. Théophile Anger. C'était simplement le péritoine du ligament large, doublé d'une très-légère couche de tissu cellulaire, qui avait été distendu par le kyste, il n'y avait donc pas un véritable enclavement.

32. Kyste congénital de la paupière inférieure, par

M. PLANTEAU, interne.

M. PLANTEAU montre un kyste du volume d'une noix, enlevé à la paupière inférieure d'une fille de 23 ans. C'est une tumeur translucide, qui laisse voir dans son intérieur un point opaque jaunâtre. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la ténacité du kyste, qui récidivait pour la troisième fois. On l'avait successivement traité par la ponction, la ponction et l'injection iodée, puis, le drainage, sans succès. M. Broca dut en pratiquer l'extirpation.

33. Anomalies du foie, par M. LONGUET, interne.

(Voir dessin dans l'album de la Société.)

Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'une jeune femme de 19 ans, morte une demi-heure après son entrée dans le service de M. GALLARD, à la Pitié, le 24 février 1874. C'est un foie présentant quelques anomalies dans sa forme, dans la distribution d'un des vaisseaux qui s'y rendent, dans son système d'attaches aux parois abdominales :

1° L'ensemble de l'organe représente un véritable disque aplati, et non un segment d'ovoïde comme à l'état normal; ses bords sont régulièrement arrondis et uniformément épaissis sur tout le pourtour. Le lobe gauche ne se distingue du lobe droit, ni par une moindre épaisseur générale, ni par l'amaïcissement habituel de son bord libre. Sur la face supérieure, la ligne de démarcation des deux lobes (marquée normalement par l'insertion hépatique du ligament suspenseur), n'existe que pour les 2/3 postérieurs; en avant, elle manque totalement. Sur la face inférieure, la branche antérieure gauche de l'H dessinée par les sillons ordinaires, n'existe pas: on ne trouve pas traces du cordon qui remplace après la naissance la veine ombilicale dans le sillon gauche. Enfin, le sillon logeant le canal qui chez le fœtus fait communiquer la veine ombilicale et la veine cave inférieure se continue avec le sillon de la vésicule biliaire;

2° La face supérieure du foie, au niveau du lobe droit, en avant de l'insertion du ligament falciforme, présente un orifice en forme de croissant qui donne accès dans une cavité profonde du fond de laquelle part le cordon de la veine ombilicale; à l'état normal, ce cordon se trouve toujours à la face inférieure;

3° Le foie n'adhérait aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans la cavité abdominale que par le ligament suspenseur falciforme (face supérieure) et par une sorte de pédicule constitué par la veine porte, l'artère hépatique et le canal cholédoque, lequel pédicule étant entouré de toutes parts par le péritoine, unissait le foie au duodénum (face inférieure). Tout l'organe se trouvait tapissé par le péritoine de telle façon que le ligament coronaire, et les ligaments latéraux n'existaient pas. L'organe, parfaitement libre par tous ses bords, n'adhérait nullement au diaphragme, ce qui ne se voit pas sur les foies normaux. L'épiploon gastro-hépatique n'existait pas non plus.

De cette disposition anormale des attaches du foie résulte deux particularités intéressantes à noter: 1° Absence d'arrière-cavité des épiploons; 2° Mobilité extrême du foie, mobilité telle que l'organe biliaire dépassait de 4 travers de doigt au moins le rebord des fausses côtes droites et couvrait entièrement l'estomac: si bien que l'examen sur le vivant aurait conduit nécessairement à l'affirmation d'une hypertrophie notable du foie, altération qui n'existait pas.

Nous avons donc sous les yeux un exemple de foie flottant. Je dois ajouter que le rein droit, complètement isolé du foie, était solidement appliqué contre la paroi postérieure et supérieure de l'abdomen par l'aponévrose inférieure du diaphragme

qui passait au-devant de lui et était perforée pour donner passage à l'uretère.

34. Kyste hydatique alvéolaire, par M. GRAUX, interne des hôpitaux.

La malade sur laquelle a été recueillie cette pièce intéressante est une femme soignée par M. Hayem, pour un cancer de l'estomac. Elle était fort cachectique, et bien qu'elle n'eût jamais eu de vomissements, la présence d'une tumeur épigastrique volumineuse, avait fait porter le diagnostic cancer. On trouva bien, en effet, à l'autopsie un cancer de l'estomac et quelques noyaux disséminés dans le parenchyme hépatique, mais on trouva, en outre, une lésion inattendue : au voisinage de la surface convexe du foie se voyaient une série de loges irrégulières, anfractueuses, renfermant des parois membraneuses, épaisses, et contenant une matière colloïde et gélatineuse, avec quelques produits caséeux. On pouvait se demander s'il s'agissait d'un abcès, d'une sorte de caverne du foie, ou d'un *kyste hydatique suppuré*, ou d'un cancer colloïde, ou enfin d'un kyste hydatique cloisonné alvéolaire, analogue à celui qui a été étudié par M. Carrière. C'est à cette dernière opinion que se sont rattachés la plupart des membres de la Société qui ont vu la pièce.

35. Modification de l'article 59 du règlement.

La *Société anatomique*, réunie le 27 février 1874 (après invitation adressée à chacun de ses membres) pour discuter une proposition tendant à modifier l'article 59 du règlement, décide, après un vote régulier, que :

A partir du premier janvier dix-huit cent soixante-quatorze, les Bulletins de la Société seront adressés, *franc de port* aux membres honoraires ou correspondants, au prix de HUIT FRANCS CINQUANTE CENTIMES. Le prix des Bulletins, pris par les membres au siège de la Société, est de SEPT FRANCS CINQUANTE CENTIMES.

Le Secrétaire, RENDU.



MARS 1874.

Séance du 6 mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Affection cardiaque. Absence d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, par M. LANDOUZY, interne des hôpitaux. (Dessin dans l'album de la Société).

Les pièces ont été recueillies sur une femme de 40 ans, morte subitement à l'hôpital Saint-Antoine, sans que l'on put avoir de renseignements. L'une des valvules sigmoïdes manque complètement et la face interne de l'aorte présente à ce niveau l'apparence d'une cicatrice. Les deux autres valvules n'avaient point réussi à suppléer la valvule absente; et il existait une insuffisance aortique très-manifeste; le ventricule gauche était notablement hypertrophié et cette dilatation du cœur avait amené consécutivement une insuffisance mitrale, sans qu'il y eût de lésion valvulaire. En outre, il n'existait sur ce cœur qu'une seule artère coronaire.

M. CHARCOT. Il semble bien que la valvule a existé autrefois et se trouve remplacée actuellement par un tissu d'apparence cicatricielle; mais on ne comprend guère sous quelle influence s'est produite cette altération.

2. Péritonite. Abscès péritonéal développé entre le foie et le diaphragme. Ouverture de cet abscès dans le poumon droit. Evacuation par les bronches. Autopsie, par M. PASTURAUD, interne des hôpitaux.

Le nommé D... Jean, âgé de 34 ans, coiffeur, entre le 28 janvier 1874 (service de M. EMPIS), à l'hôpital de la Charité.

Cet homme, d'une constitution un peu faible, n'a eu, avant

la maladie qui l'amène à l'hôpital, qu'une attaque de rhumatisme en 1859, et la syphilis en 1864. Il n'a jamais toussé ni craché et avait généralement un très-bon appétit.

Son père est mort d'une affection abdominale qui s'est compliquée d'ascite et qui a duré très-longtemps ; sa mère vit encore et a toujours eu une bonne santé.

Au mois de septembre 1868, il a été pris subitement d'une douleur dans le côté gauche ; il a consulté un médecin qui s'est contenté de lui faire appliquer un emplâtre de Thapsia au point douloureux. Jamais, depuis cette époque, cette douleur n'a disparu complètement ; en même temps, il vit son appétit diminuer, sans éprouver cependant de troubles digestifs, ni vomissements ni diarrhée.

Ce mauvais état de santé existait encore en 1870 au moment de la guerre ; le malade n'en prit pas moins un engagement dans l'armée active, mais il fut bientôt obligé d'entrer à l'ambulance à Bourges ; il avait éprouvé une recrudescence dans ses douleurs, qui existaient toujours du côté gauche, et il était dans l'impossibilité de faire son service. De l'ambulance, il fut dirigé sur Nice pour achever sa convalescence. C'est là qu'au mois d'octobre 1870 il a commencé à vomir ses aliments, tantôt immédiatement après leur ingestion, tantôt 2 ou 3 heures après. Il n'a jamais vomi de matières noires, ni de sang pur, et les selles, qui sont habituellement rares, n'ont jamais présenté cette coloration.

Depuis le mois d'octobre 1870 jusqu'au 22 septembre 1873, époque à laquelle il est entré dans le service de M. Béhier, les vomissements n'ont pas cessé. Il est resté à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 29 décembre et a été traité successivement par des vésicatoires à l'épigastre, des pointes de feu dans la même région et de la pepsine à l'intérieur. A la suite de cette médication, il s'est trouvé soulagé, les vomissements avaient disparu et les douleurs avaient diminué.

Cette amélioration s'est maintenue jusqu'au 26 janvier 1874.

Ce jour-là il a été pris subitement d'une douleur très-vive dans le côté droit à peu près au niveau du huitième espace intercostal ; cette douleur s'est accompagnée au début d'un frisson violent, suivi de fièvre, mais il n'y a pas eu de vomissements.

Le 28 janvier, il entre à la Charité. L'amaigrissement est considérable, les muscles sont flasques ; la face est tirée et a une teinte terreuse, mais ne présente pas l'aspect habituel de la cachexie cancéreuse.

L'examen du ventre ne fait pas découvrir de grande déformation ; c'est à peine si l'épigastre paraît un peu soulevé, et il n'y a ni ballonnement ni aplatissement du ventre. Les pa-

rois abdominales sont très-souples; on sent seulement, par la palpation, au niveau du creux épigastrique, une tumeur assez considérable, de consistance élastique, ne présentant pas de limites bien nettes.

En ce point la pression est très-douloureuse; il en est de même, du reste, de la région hépatique, où s'est montrée brusquement la douleur qui amène le malade à l'hôpital, et de la région splénique qui n'est plus le siège de douleurs spontanées.

En déprimant la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes et à droite, on ne sent aucune tumeur; le rebord inférieur du foie est à peine saillant. Le malade n'a jamais eu d'ictère, ni même de teintejaune sur les sclérotiques. La percussion de l'abdomen et de la base du thorax permet de constater une matité considérable qui est limitée de la manière suivante :

Du côté droit le foie remonte jusqu'à 1 centimètre et demi au-dessous du mamelon et la matité, suivant une ligne verticale, descend sur une étendue de 13 centimètres. Sur la ligne médiane, elle commence à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et remonte sur une longueur de 11 centimètres. A gauche suivant une ligne verticale passant pas le mamelon, elle occupe une étendue de 8 centimètres à partir d'un point situé à 6 centimètres au-dessous du mamelon; puis elle se continue avec la matité de la rate à gauche et du cœur à la partie supérieure. On délimite ainsi par la percussion une ceinture de matité qui occupe la base du thorax et qui semble remonter lorsque le malade est assis.

L'auscultation du cœur ne fait percevoir aucun bruit anormal, les battements sont seulement un peu sourds.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune modification dans le murmure respiratoire.

L'appétit est faible; les selles sont régulières et non diarrhéiques; il existe plutôt une tendance à la constipation. Le malade ne vomit plus; les douleurs du côté droit sont tellement violentes qu'il prend toutes sortes de positions pour trouver du soulagement, et il peut à peine dormir.

4 février. L'état général est de plus en plus mauvais; l'appétit a presque disparu et depuis *trois ou quatre jours il est pris de frissons* peu intenses vers 1 heure de l'après-midi. Il souffre toujours beaucoup dans le côté droit.

6 février. M. Empis, pensant qu'il pourrait bien exister là un kyste du lobe gauche du foie, se décide à faire une ponction exploratrice. Cette ponction est faite en deux points différents, dans le creux épigastrique, au moyen du trocart capillaire de l'aspirateur Dieulafoy. Il ne sort que du sang.

Le *soir*, le malade ne souffre pas davantage ; les deux piqures n'ont été suivies d'aucun accident ; l'accès de fièvre quotidien est venu seulement un peu plus tôt que d'habitude, vers midi et demi.

9 *février*. Le malade se plaint d'une douleur dans l'épaule droite. Cette douleur qui l'empêche de dormir est tout-à-fait extra-articulaire, et paraît devoir être rattachée à une névralgie comme on en rencontre dans les affections du foie ou dans la pleurésie diaphragmatique. Elle existait avant la ponction exploratrice, et elle a seulement augmenté depuis deux jours.

15 *février*. La douleur persiste et elle est devenue tellement violente que le malade ne peut plus prendre un instant de repos. Il se plaint aussi de bourdonnements d'oreilles et de diarrhée depuis quatre jours. On lui fait le *soir* une injection de morphine.

20 *février*. Les accès de fièvre reviennent toujours à la même heure et débutent par un petit frisson suivi de sueurs assez abondantes, — *Soir*. P. 112 ; T. A. 40°, 2.

21 *février*. Le malade a rendu par expectoration pendant la nuit et *presque tout d'un coup une grande quantité de mucus mélangé de pus*, Il a rempli ainsi un ou deux crachoirs.

Depuis il a une difficulté assez grande pour respirer et on entend à la base de la poitrine du côté droit un souffle tubaire assez manifeste. La tumeur semble avoir augmenté. T. 37°, 6.

Le *soir*, les crachats sont franchement purulents et très-abondants. On entend toujours le même souffle à la base de la poitrine. T. 38°, 4.

22 *février*. Le malade est toujours dans le même état. Il respire difficilement et crache beaucoup. Le poulx est filiforme et marque 100 pulsations. T. 37°. — *Soir*. T. 39°.

22 *février*. Il a craché du pus en très-grande quantité. Ce sont de véritables vomiques. Ces crachats ont une odeur infecte, alliée, analogue à celle que l'on observe dans l'hydro-pneumo-thorax.

A la base du poumon droit et dans toute la région du foie, en avant comme en arrière, on entend *un souffle amphorique très manifeste avec tintement métallique*. Un peu au-dessus, vers le milieu du poumon, on perçoit un souffle tubaire très-net. En même temps, on trouve à la percussion une sonorité exagérée dans toute la région hépatique. T. 38°.

Il ne paraît plus douteux que l'on ait affaire soit à un kyste du foie suppuré, soit à un abcès ouvert dans les bronches à travers le diaphragme. Le souffle amphorique montre assez nettement qu'il existe au niveau du foie une cavité considérable en communication avec l'air extérieur et le souffle tubaire

est produit probablement par l'inflammation du tissu pulmonaire autour du trajet fistuleux qui réunit aux bronches la poche de l'abcès.

M. EMPIS est plutôt disposé à croire à l'existence d'un kyste hydatique supprimé; car le pus ne présente aucun des caractères des abcès du foie; on ne trouve cependant pas de crochets dans la matière de l'expectoration. — Le *soir*, la dyspnée a augmenté; l'expectoration est toujours abondante. P. 412, T. 39°, 4.

24 février. — Le malade est dans le même état. — T. 38°, 2. — On ordonne une potion : avec extrait mou de quinquina 4 g. — *Soir* : T. 40°.

25 février. On entend toujours les mêmes bruits à l'auscultation, mais on ne réussit pas à produire de bruit de succussion hippocratique. T. 38°, 6. — *Soir* : T. 39°.

26 février. La dyspnée augmente, le malade est obligé de se tenir assis. L'appétit a complètement disparu; la diarrhée est considérable et l'amaigrissement augmente rapidement. T. 37°, 8. — *Soir* : T. 39°, 6.

27 février. T. 38°, 2. — *Soir* : T. 39°.

28 février. T. 38°, 6. — *Soir* : T. 39°, 6.

1^{er} mars. Le malade s'affaiblit de plus en plus. On entend toujours dans la région hépatique le souffle amphorique. M. Empis parvient même à produire une fois le *bruit de flot*. T. 38°, 2. — *Soir* : T. 39°, 2.

2 mars. L'oppression a encore augmenté, c'est à peine si le malade peut parler. Les crachats ont une odeur infecte de sphacèle; T. 37°, 8.

Soir. On entend du souffle tubaire à la base des deux poumons; le malade suffoque; T. 38°, 6.

3 mars. Le malade est mort à 7 h. du matin.

AUTOPSIE. — On ouvre l'abdomen sur la ligne médiane en rejetant les parois à droite et à gauche; on enlève ensuite la masse intestinale.

Le lobe gauche du foie déborde considérablement en avant de l'estomac et va rejoindre la rate. On remarque de nombreuses adhérences, suite de péritonite partielle, qui unissent le colon ascendant, transverse et quelques anses d'intestin grêle à la face inférieure et au bord antérieur du foie. Cette péritonite périhépatique n'a pas dépassé la région et on ne trouve aucune trace d'inflammation dans le reste de l'abdomen.

A la face supérieure du foie et à droite (car le lobe gauche est intact et sa surface est lisse) les adhérences du péritoine diaphragmatique et du péritoine viscéral sont intimes et circonscrivent une vaste collection purulente qui s'étend entre le diaphragme repoussé en haut et la face supérieure du foie.

Elle descend surtout en arrière et à droite en refoulant en avant et à gauche le lobe droit. Ces adhérences du péritoine ne sont pas limitées au pourtour de la poche de l'abcès, elles s'étendent en avant jusqu'au rebord du foie et vont se confondre avec celles que nous avons signalées au niveau de ce rebord et de la vésicule biliaire.

La collection purulente ne dépasse pas en avant le tiers antérieur de la face supérieure du foie. Sa cavité contient encore du pus crémeux en assez grande quantité et elle est traversée par de nombreuses brides. La paroi inférieure de la poche est formée par la surface du foie, mais le tissu hépatique n'est nullement envahi et ne présente qu'un peu de congestion. La paroi supérieure est constituée par le diaphragme qui est repoussé en haut et dont la surface inférieure est déchiquetée, irrégulière. A droite c'est encore le diaphragme et le péritoine pariétal qui limitent la collection par les adhérences qu'ils ont contractées avec la surface du foie. À gauche la poche ne dépasse pas la ligne médiane et elle est encore bornée là par des adhérences du diaphragme avec le tissu hépatique, de sorte que le lobe gauche est indépendant.

Le diaphragme dont la concavité forme comme la voûte de cette poche est extrêmement aminci et sa face supérieure a contracté avec la base du poumon droit des adhérences tellement intimes que les deux tissus semblent se confondre. Cette lame mince qui sépare la cavité thoracique de la poche a sa face inférieure granuleuse, irrégulière, ramollie, de coloration grisâtre, présentant tous les caractères de la paroi d'un abcès froid. Sa face thoracique, au contraire, est lisse et la cavité pleurale ne contient pas la moindre quantité de liquide.

En insufflant le poumon droit au moyen d'un soufflet, on voit très-facilement les bulles d'air sortir à travers cette paroi par trois ouvertures différentes; on découvre ainsi les orifices qui faisaient communiquer le pus avec les bronches.

Le poumon droit est induré à sa base et son tissu présente tous les caractères de l'hépatisation rouge. A la coupe on aperçoit nettement deux conduits bronchiques, dont la muqueuse est grisâtre comme la surface de la poche et dont les prolongements vont s'ouvrir dans cette dernière. La cavité pleurale gauche ne contient point de liquide. Le poumon du même côté est aussi induré à sa base et contient plusieurs noyaux tuberculeux. Il ne présente aucune adhérence avec les parois.

Le cœur est sain. Le péricarde est adhérent à sa partie inférieure et à droite avec la base du poumon et le diaphragme. Enfin, en examinant les adhérences péritonéales de la partie antérieure du foie, au niveau de la vésicule biliaire, on trouve

cette dernière *ratatinée, revenue sur elle-même et remplie par quatre énormes calculs*. Elle a elle-même participé à l'inflammation et pourrait bien être le point de départ de cette péritonite péri-hépatique. On ne voit guère, en effet, en dehors de cette cholécystite, quelle autre cause aurait pu déterminer ces accidents inflammatoires limités à la région du foie.

Le fait m'a paru intéressant non-seulement par la marche insidieuse de la maladie et par la cause assez probable de cette péritonite partielle, mais surtout par les phénomènes d'auscultation qui ont accompagné l'ouverture de l'abcès péritonéal dans les bronches. Il s'est formé là, en effet, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans une pleurésie purulente se vidant par le poumon; il s'est fait une perforation spontanée qui a mis en communication avec les divisions bronchiques une cavité considérable, contenant du liquide. On comprend facilement que dans ces conditions il se soit produit du souffle amphorique et du tintement métallique absolument comme dans le pneumo-thorax, puisque les mêmes conditions physiques se trouvaient réunies. Enfin un phénomène plus rare, qui ne se rencontre pas habituellement dans les cas analogues, a pu être observé une fois chez notre malade : c'est le bruit de flot par succussion. Peut-être pourrait-on l'expliquer par la présence d'une grande quantité de liquide dans une poche, dont la paroi très-amincie, était, en arrière au moins, accolée à la paroi thoracique. Cette dernière condition devait rendre, en effet, la transmission du bruit beaucoup plus facile.

M. CHARCOT. Le bruit de succussion hippocratique que l'on avait constaté ici, est rarement observé dans les cas de ce genre.

M. CADIAT. A-t-on suivi les branches du canal hépatique ? J'ai observé dans un fait analogue une dilatation générale des conduits biliaires qui présentaient dans certains points le volume du doigt.

M. PASTURAUD. Les conduits biliaires avaient leur calibre normal.

M. CHARCOT. La dilatation des conduits biliaires à la suite d'obstruction par des calculs est loin d'être rare ; mais souvent aussi, on observe seulement une cholécystite, sans altération des conduits de la bile.

3. Endartérite subaiguë localisée. — Ramollissements cérébraux multiples. — Oblitération de la carotide interne du côté gauche. — Aphasie. — Quatre ans plus tard, oblitération de la carotide interne droite. — Ramollissements cérébraux. — Attaques épileptiformes, par M. PIERRET, interne des hôpitaux.

Bel, Marie-Marguerite, âgée de 74 ans, entre (service de M. CHARCOT), le 17 février 1874, salle Sainte-Cécile, n° 17.

Des renseignements fournis par la fille de cette malade, il résulte, que Bel était d'une intelligence médiocre, mais d'une santé robuste, et qu'elle vivait de son travail, à la campagne, en s'abstenant de tout excès. Mariée, elle eut quatre enfants, tous bien portants à l'heure actuelle. Les couches furent toujours faciles, et durant toute sa vie, elle ne subit aucune maladie.

La première attaque d'apoplexie remonterait aux premiers mois de l'année 1870, et aurait été précédée et en quelque sorte annoncée par une tendance au sommeil tout à fait inaccoutumée, et qui attira par ce fait l'attention de sa famille. Au moment où elle fut frappée elle était chez sa fille, qui la vit tout à coup s'affaïsser, et perdre à la fois la connaissance et le mouvement; Bel serait, paraît-il, restée dans le coma, pendant sept à huit jours, au bout desquels, la conscience revint peu à peu. Le mouvement resta aboli, dans les membres supérieur et inférieur du côté droit, ainsi que dans le côté correspondant de la face. En même temps on s'aperçut qu'elle était devenue aphasique et qu'il lui était impossible de prononcer d'autres paroles que quelques expressions grossières, et des jurons, entre autres : sacré tonnerre. Cependant l'intelligence n'était pas atteinte, car elle prenait part aux événements qui se passaient autour d'elle, reconnaissait tous ses parents, et savait fort bien faire comprendre tous ses besoins.

Considérée comme incurable, Bel entra à la Salpêtrière quelque temps après la fin de la guerre. Elle était dans les salles du service depuis plusieurs années, quand dans le courant de février, vers le 17 ou 18, les surveillantes s'aperçurent qu'elle avait l'air hébété, les yeux fixes, les lèvres légèrement tournées à droite, et que son bras gauche, dont elle se servait d'ordinaire, était devenu faible, et un peu raide.

Montée à l'infirmerie, elle fut trouvée dans l'état précédemment indiqué, et en outre, on put constater que la sensibilité n'était pas abolie, qu'il n'y avait pas de déviation des yeux,

et que la température centrale dépassait à peine la normale. (37° 8/10.)

Deux jours après, une amélioration remarquable se produisit, le mouvement revint dans le membre gauche paralysé, incomplètement, il est vrai, et la malade se trouva dans un état d'amélioration relative qui persista près de 12 jours.

Dans les derniers jours de cette période, elle devint agitée, inquiète, puis tout à coup tomba dans un coma, qui s'accrut graduellement, jusqu'à la mort. Celle-ci survint, au milieu d'attaques épileptiformes assez bien caractérisées. La température centrale monta graduellement dans les derniers jours, jusqu'à 39° 4/5.

AUTOPSIE.— Pas d'ecchymoses sur l'aponévrose épicrotiale. Les artères de la base sont très-saines, perméables, et ne présentent pas de caillots dans leur cavité. Les méninges encéphaliques ne sont pas congestionnées, et se détachent très-facilement de la surface des circonvolutions. Au premier aspect, l'hémisphère droit semble plus large, et plus dense que l'hémisphère gauche; sur la circonvolution occipitale médiane, on reconnaît un petit foyer large comme une pièce de un franc, et dont la substance est ramollie et comme ecchymosée. De plus au niveau du point où la circonvolution frontale médiane s'insère sur la marginale antérieure, on découvre un second foyer, un peu plus développé et qui intéresse tout à la fois, la substance grise corticale, et les fibres de la couronne rayonnante; ventricule latéral sain.

L'hémisphère gauche vu dans son ensemble est plus petit que le droit, les circonvolutions paraissent atrophiées, les sillons séparatifs très-larges, et en apparence plus profonds. La base de la circonvolution frontale, qui borde la scissure de Sylvius, présente une teinte ocreuse, et une perte de substance qui la coupe littéralement en deux parties.

D'un autre côté, au fond de la scissure de Sylvius et à la base même de la circonvolution d'enceinte (sphénoïdale), on trouve une plaque jaune témoignant d'un ancien ramollissement. La partie postérieure et supérieure de la circonvolution marginale postérieure, est aussi le siège d'un ramollissement de même date.

Dans le ventricule, la couche optique est aplatie, et le corps strié (intra-ventriculaire) remplacé par une dépression revêtue d'une mince membrane, sous laquelle on sent une fluctuation manifeste. On trouve en effet qu'il y a là un vieux foyer occupant les noyaux intra et extra-ventriculaires du corps strié, ainsi que les fibres blanches de l'épanouissement pédonculaire.

Dans le cervelet, il est possible que le lobe droit soit un peu

plus petit que le gauche. La substance en est d'ailleurs saine.

La moelle, le bulbe et la protubérance présentent une dégénération secondaire très-manifeste, et résultant du foyer de ramollissement de l'hémisphère gauche.

Cavité thoracique. Poumon droit un peu emphysémateux, sur le bord antérieur. Congestion très-accentuée du poumon gauche en arrière. — *Cœur.* Un peu de liquide dans le péricarde. La valvule mitrale est peut-être un peu épaissie. Valvules sigmoïdes de l'aorte parfaitement saines.

Foie petit. Vésicule biliaire dilatée. Reins petits et sains, sans infarctus. Rate très-petite.

Le système vasculaire est remarquablement sain, si l'on tient compte de l'âge du sujet. Mais dans l'aorte, au-dessus du point où aboutissent les rénales, et immédiatement au-dessus d'une très-petite plaque athéromateuse, on trouve un caillot, ancien, aplati, formé de lamelles superposées, long de cinq travers de doigt, et qui tient au vaisseau latéralement par une mince membrane continue avec la membrane interne de l'artère.

Coupé perpendiculairement à sa longueur, ce caillot paraît formé par plusieurs couches, d'inégale épaisseur, mais n'adhère pas par sa face profonde.

La carotide primitive du côté *gauche* ne présente rien de particulier, mais la *carotide interne* oblitérée, a ses parois internes accolées et soudées entre elles, et son orifice au niveau de la bifurcation, complètement imperméable. Cependant l'artère était perméable dans le crâne, l'oblitération complète ne semblant pas remonter plus haut que l'orifice extérieur du canal carotidien. La vertébrale du même côté est large (0^m,004 de diamètre), et quelque peu athéromateuse.

Dans la carotide *droite* il n'en est pas tout à fait de même. L'artère *carotide interne* a dans sa partie inférieure une teinte jaunâtre, une consistance un peu dure, et est d'ailleurs oblitérée en partie par un caillot ancien. Un petit pertuis qui a sans doute persisté longtemps, est définitivement oblitéré par une concrétion fibrineuse de date récente. La vertébrale du même côté est souple, et n'a que 0^m,002 de diamètre.

M. CHARCOT. Ce fait rentre dans une catégorie de cas assez rares, mais surtout peu connus.

Les lésions athéromateuses sont ordinairement disséminées, plus ou moins généralisées; ici, au contraire, elles existent seulement en trois points et paraissent affecter une certaine symétrie. A part les lésions de l'aorte, de la carotide droite et de la carotide gauche, on ne trouve en effet aucune altération de système artériel. Ces faits ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le croire; j'en ai rencontré récemment

un semblable, et j'ai conservé le souvenir de plusieurs autres, tout aussi nets.

Cette observation offre également un intérêt clinique : il existait chez cette femme une hémiplégie ancienne et une aphasie persistante ; or, on sait que ces deux phénomènes coïncident rarement dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, et se rencontrent beaucoup plus ordinairement dans le ramollissement.

Malgré cela, nous avons porté le diagnostic d'hémorrhagie, en raison de l'existence de contractures et parce que nous ne trouvons pas de traces d'athérome sur les vaisseaux accessibles à l'exploration.

4. Endocardite aiguë; anévrysme valvulaire faisant communiquer l'aorte avec le ventricule droit, par M. DIANOUX, interne des hôpitaux.

Le 21 février 1874, entre à l'Hôtel-Dieu, salle sainte-Anne, n° 8 (service de M. FAUVEL), la nommée Annette Perriole.

Cette jeune fille, âgée de 24 ans, est petite et d'apparence chlorotique, mais affirme n'avoir jamais eu de maladie sérieuse, et en particulier ni scarlatine ni rhumatisme.

Depuis un mois cependant elle éprouvait par moments un peu d'oppression, mais cette oppression devait être peu marquée, car il faut attirer son attention et insister sur ce point pour qu'elle en convienne.

Le soir du mardi gras (c'est-à-dire trois jours avant son entrée), elle se rendit à un bal public ; en sortant, vers onze heures du soir, elle éprouva un vif refroidissement, elle frissonna pendant plus d'une heure et eut beaucoup de peine à se réchauffer de toute la nuit.

Le lendemain, quoique se sentant fatiguée, elle reprit son travail. Un point de côté, au niveau de la région précordiale, survint dans l'après-midi ; elle eut également une toux légère, mais elle termina cependant sa journée.

L'oppression, peu marquée jusque-là, devint plus pénible et alla croissant jusqu'au moment où la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

21 février, soir. Je la trouvai fort abattue avec une respiration fréquente, des battements du cœur précipités ; la douleur précordiale s'était, dit-elle, fort affaiblie, le pouls était fréquent, mais assez plein et régulier ; la peau chaude et sèche. Elle avait de petits accès de toux sans expectoration. La palpation de la région précordiale laissait percevoir un frémissement intense, surtout à la base et à l'épigastre, un véritable *thrill*, comme si la main avait été appliquée sur une poche ané-

vrysmale. A l'auscultation, on entendait à la base, se propageant un peu dans l'aorte, mais aussi dans le ventricule droit, un bruit de va-et-vient avec redoublement systolique. Le bruit était intense, mais d'un timbre assez doux. La pression avec la tête semblait le faire diminuer, et comme il paraissait très-superficiel, il était assez facile de se méprendre sur sa véritable signification et de le considérer comme un frottement; confusion que facilitait encore la précipitation des battements. — La matité précordiale était normale.

22 *février*. Après une nuit assez bonne, le cœur était devenu un peu plus calme (128 p.), et le siège réel des bruits pouvait être plus facilement déterminé. Le maximum était nettement à la base, mais le souffle était très-intense au niveau du cœur droit, dans toute la partie droite du sternum. Aussi, M. Fauvel, tout en reconnaissant une endocardite aortique, soupçonna-t-il une lésion de l'orifice pulmonaire. Le souffle présentait du reste les mêmes caractères que la veille; je ne saurais en donner une idée plus juste qu'en le comparant au bruit d'un anévrysme artério-veineux. Cette comparaison avait été faite à plusieurs reprises, bien avant la nécropsie, bien avant, par conséquent, que l'on fût éclairé sur la nature réelle de la lésion. Dans la carotide et la crurale on percevait un double souffle, mais assez faible.

Le tracé sphygmographique dénotait une légère insuffisance aortique. Le pouls demeurait régulier et assez fort. L'auscultation démontrait dans les poumons l'existence d'une congestion intense. Pouls 128, T. 38°, 7, R. 44. Prescriptions : Vésicatoire à la région précordiale. Il y avait un peu de diarrhée, ce qui détournait de l'idée d'agir de suite sur le tube digestif.

Soir. La journée a été mauvaise : toux fréquente, crachats muqueux striés de sang; la position assise est seule possible, la malade se sent étouffer dès qu'elle tente de se coucher.

Le frémissement précordial a disparu presque complètement. R. 40; P. 132; T. 38°, 7. 20 ventouses sèches.

23 *février*. P. 120; T. 37°, 8; R. 40. *Soir*. P. 132; T. 38°, 4; R. 48.

Ce jour-là, et le 24 *février*, les phénomènes varient peu; la stase pulmonaire s'accuse de plus en plus; il existe un léger épanchement. L'anorexie est complète; la voix est entrecoupée, le pouls faiblit tout en restant régulier. L'orthopnée persiste. P. 124; R. 40. *Prescr* : Calomel 0,50 avec P. de digitale 0,10, en 5 paquets; un toutes les 3 heures.

Soir. La gêne de la respiration est telle que le moindre mouvement amène des menaces de suffocation. P. 128; R. 48.

25 *février*. Même état; même bruit de rouet à l'auscultation du cœur; pouls très-faible, à 132; pas d'œdème ni de cyanose;

toujours crachats striés de sang. Les poudres que la malade continue de prendre produisent des évacuations copieuses. La malade a eu avant la visite un vomissement bilieux.

Onctions mercurielles sur la région précordiale, sinapismes, bouillon-potage.

Soir. Nausées dans la journée mais pas de vomissements; le souffle paraît plus rude. P. 136; R. 60; T. 37°,6.

26 *février.* Signes d'épanchement abondant aux deux bases, râles fins aux sommets. Bouffissure de la face. Les frictions mercurielles causent de la douleur. P. 132. Deux verres d'eau de Sedlitz le matin et deux le soir. Julep avec bi-carbonate de soude 1 gr. et teinture de digitale 1 gr.

Soir. Anxiété extrême, lèvres cyanosées, sueur froide; refroidissement des extrémités, mort à 2 heures et demi.

AUTOPSIE, le 28 *février.* Epanchement séreux considérable dans les deux plèvres: poumons atelectasiés, carnifiés dans leur partie inférieure par suite de la compression, congestionnés dans leur partie supérieure. Foie et reins modérément hyperémiés.

Pas de liquide dans le *péricarde*, pas de fausses membranes. *Cœur* un peu augmenté de volume. Le ventricule gauche est vide de sang: valvule mitrale un peu rouge et épaissie sur son bord libre. Orifice aortique: la valvule sigmoïde gauche est saine, la valvule postérieure, fortement tendue transversalement est saine dans son tiers supérieur; dans le reste de son étendue elle forme une saillie convexe tournée vers la cavité ventriculaire, recouverte de végétations rougeâtres. Ces lésions s'étendent sur la cloison interventriculaire sous forme d'un croissant dépassant par en bas le bord adhérent de la valvule de plus d'un centimètre et par ses extrémités empiétant un peu sur les valvules gauche, et surtout droite. Au point de jonction des valvules postérieure et droite se voit un orifice arrondi de 3 millim. de diamètre environ par lequel un stylet pénètre dans les culs-de-sacs de ces deux valvules. Le fond du cul-de-sac de la valvule postérieure est transformé en une ouverture elliptique par où le regard pénètre dans une cavité anfractueuse pouvant loger aisément une noix et formée aux dépens de la cloison interventriculaire dédoublée; une rainure que l'on observe au fond de la cavité anévrysmale montre que le dédoublement n'était probablement pas encore arrêté au moment de la mort.

La paroi de cette poche, inégale et végétante en avant et du côté du ventricule gauche, est plus lésée dans la portion qui correspond au ventricule droit. Elle est constituée à droite par des fibres musculaires dans toute son étendue; à gauche, par la valvule sigmoïde en haut, des fibres musculaires en faible

épaisseur en bas, dans une hauteur de 12 millim. environ, et la paroi qui correspond au ventricule droit présente une ouverture considérable, laissant passer la pulpe du petit doigt, arrondie à bords déchiquetés et rebroussés vers la cavité du ventricule. Cette perforation est située sur la partie supérieure de l'éperon qui sépare la région pulmonaire de la région auriculaire du cœur droit.

Une large communication est ainsi établie entre la cavité aortique et la cavité du ventricule; ce qui explique le petit crochet d'insuffisance du tracé sphygmographique.

En outre, si l'on soulève la valve de la tricuspide, située à 1 centimètre en arrière, de l'orifice anomal on aperçoit un mamelon rougeâtre, recouvert de végétations, de 8 millimètres de diamètre, saillant dans la cavité ventriculaire immédiatement au-dessous du bord adhérent de la tricuspide. Ce mamelon correspond à un diverticulum de la cavité anévrysmale et n'eût certainement pas tardé à se rompre et à établir de la sorte une seconde voie de communication.

Les valvules sigmoïdes pulmonaires et la tricuspide étaient saines, les cavités droites ne contenaient que du sang diffluent; à peine un petit caillot sans signification dans l'artère pulmonaire. L'aorte jusqu'au niveau de la crosse ne présentait pas de plaque athéromateuse.

M. CORNIL. J'ai présenté en 1864 à la Société un fait analogue qui figure dans les bulletins sous le titre impropre d'*Endocardite ulcéreuse*. C'était en réalité un anévrysme valvulaire qui faisait, comme dans le cas actuel, communiquer l'aorte avec le ventricule droit.

M. HOMOLLE. J'ai présenté l'année dernière un fait semblable observé chez un enfant de 3 ans et demi. L'anévrysme s'ouvrait à la fois dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche; mais le petit malade, outre les signes de l'anévrysme, avait présenté des symptômes généraux graves: il existait aussi une méningite cérébro-spinale.

M. PARROT. Il est bien rare que les anévrysmes valvulaires aient une marche aussi rapide et que la mort survienne aussi promptement que dans le cas actuel. Il est un autre point de l'observation sur lequel je désire appeler l'attention. M. le présentateur nous a dit que l'on avait constaté un bruit de souffle continu avec renforcement au premier temps. Ce fait me surprend; car, au moment de la contraction artérielle, il devait y avoir reflux du sang de l'aorte dans le ventricule droit, et suivant toute probabilité, c'est au niveau de l'orifice

de communication que se produisait le bruit de souffle. Dès lors il semble bien étonnant que le renforcement ait existé au premier et non au deuxième temps.

M. CORNIL. Je crois que l'on peut, au point de vue des symptômes, rapprocher le fait actuel des cas de communication des ventricules : au moment de la systole cardiaque, le sang passait du ventricule droit dans l'aorte, et devait, à ce moment, c'est-à-dire au premier temps, produire un bruit de souffle.

M. PARROT. L'examen de la perforation et des rapports qu'elle affecte avec les valvules sigmoïdes n'est pas favorable à cette interprétation.

M. CHARCOT. Le renforcement du souffle au premier temps paraît suffisamment expliqué par l'état de l'orifice aortique qui est rétréci et présente des rugosités.

M. TRÉLAT. Il me paraît plus rationnel de placer le renforcement au premier temps.

M. CARVILLE. C'est du reste ce que l'observation a fait constater, en dehors de toute explication hypothétique.

5. Ecrasement des parois thoraciques; emphysème traumatique; pleurésie ancienne; contusion du foie, par M. HARRIET, interne des hôpitaux.

Homme de 32 ans, gros, robuste, renversé en voulant monter sur l'impériale d'un omnibus; une voiture qui arrivait derrière lui le poussa en avant, il eut la tête et la poitrine fracassées, sans pouvoir donner d'ailleurs aucun renseignement sur le mécanisme de ces différentes lésions. On l'apporta immédiatement (19 février) à l'hôpital des Cliniques (l'accident avait eu lieu dans la rue même), il n'avait pas perdu connaissance, mais était étourdi, couvert de sang, suffoquant; il se plaignait d'une vive douleur dans la région thoracique droite.

La main, appliquée sur cette partie, sentait distinctement une crépitation de fracture très-étendue: l'examen avait porté vers la partie moyenne de la région; on pouvait donc affirmer la fracture des côtes correspondantes. On ne prolongea pas l'examen, vu l'état du malade; on se contenta de constater rapidement qu'il n'y avait pas d'emphysème, et immédiatement un large bandage de corps fut appliqué. Le blessé n'avait pas eu d'hémoptysie, et n'en présenta jamais. — Pas de plaie extérieure, pas de trace de contusion de la paroi thoracique.

Il portait en outre à la face, du côté droit, plusieurs lésions d'importance secondaire : contusion de la région du maxillaire supérieur, avec épanchement de sang sous la muqueuse génienne correspondante, peut-être fracture de l'os malaire. Plaie transversale de la région sourcilière, intéressant le muscle orbiculaire. Cette plaie fut réunie au moyen de serre-fines et guérit par première intention. Enfin, deux doigts de la main gauche avaient été écrasés, cette lésion était la seule qui portât du côté gauche.

La journée qui suivit, la nuit, le lendemain furent un peu agités ; de 36 à 40 respirations par minute. Température 38° à 39°.

Le surlendemain on constata un emphysème très-léger, très-fugace, presque imperceptible au niveau de la région du G. Pectoral : cet emphysème, d'ailleurs, ne remontait pas jusqu'au cou, et disparut très-rapidement.

Les jours suivants furent excellents, la température tomba à 37° $\frac{3}{5}$, 37°, les respirations n'étaient plus que de 26 par minute. Les nuits étaient bonnes, l'appétit revenait. Il y avait seulement tendance à la constipation. La plaie sourcilière, deux autres petites plaies de la face se cicatrisaient et étaient déjà presque fermées. Notons enfin que la percussion et l'auscultation ne donnaient aucun signe d'épanchement pleural, soit liquide, soit gazeux. Le malade disait avoir eu autrefois une ou deux fluxions de poitrine, dont une à droite.

La nuit du 27 *février* fut mauvaise ; l'oppression reparut ; cependant, le matin, à la visite, et dans la journée suivante, la percussion et l'auscultation ne firent découvrir aucun signe nouveau. Il est vrai que ces recherches étaient fort difficiles en arrière ; la respiration était généralement obscure, et on eut les plus grandes peines à maintenir un instant le blessé sur son séant, vu l'aggravation de son état. Mais la température était remontée à 40° $\frac{2}{5}$, le pouls était à 138 et il y avait 46 respirations par minute.

Cependant, l'emphysème avait complètement disparu ; le malade, malgré la dyspnée, ne se trouvait pas plus mal, il n'avait pas conscience de son état, il ne se plaignait que de violentes douleurs dans le mollet droit, et dans l'épaule gauche ; aucun frisson n'indiquait qu'il y eût à craindre des accidents d'infection purulente. La langue était sèche et fuligineuse.

La nuit du 28 *février* fut très-mauvaise : le blessé eut du délire loquace, il appelait ses voisins, poussant de temps en temps quelque plainte, causant, rêvassant. Le lendemain matin, quelques instants avant la visite, il appela l'infirmier à son aide, et mourut subitement. — La figure, après la mort

et dans les instants qui la précéderent, était seulement très-pâle, et nullement cyanosée.

AUTOPSIE faite le 2 mars, 24 heures après la mort.

Tête. — L'ouverture du crâne démontre l'absence de toute lésion soit des os, soit de l'encéphale.

Face. — Fracture de l'apophyse orbitaire externe et du bord antérieur de la pyramide du maxillaire supérieur, près de leur articulation avec l'os malaire.

Thorax. — Toutes les côtes sont fracturées, à peu près au même niveau, vers leur 1/3 moyen, suivant une ligne courbe à concavité tournée en arrière. Toutes ces fractures sont taillées en biseau, et ont eu lieu par éclatement. Sur quelques-unes, la fracture est comminutive, et présente un éclat seulement retenu par les tissus adjacents. Les 9^e et 10^e côtes présentent en outre du trait de fracture commun, une autre solution de continuité, située à 5 ou 6 centimètres en dedans, sur leur tiers antérieur, non loin de leur portion cartilagineuse. — La *clavicule* est absolument intacte.

La plèvre pariétale est épaissie, et porte des traces d'une ancienne pleurésie; ces lésions sont manifestes surtout sur la plèvre viscérale qui présente par places des épaississements blanchâtres, adhérents au poumon. En haut et en bas, adhérences assez solides, de date ancienne, entre les 2 feuillets. En outre, on trouve sur la plèvre pariétale des altérations récentes : ecchymoses sous-pleurales, boursofflements circonscrits, produits par un emphysème limité, et à leur niveau petites éraillures très-fines, répondant aux côtes moyennes.

La cavité pleurale est remplie d'un épanchement séro-sanguinolent, où nagent quelques fausses membranes : la quantité de liquide est de 1 litre et demi environ. Le poumon correspondant est refoulé en haut et en arrière, aplati, exsangue : il peut d'ailleurs, être insufflé et surnager ; on n'y retrouve pas les cicatrices des déchirures qui ont donné lieu à l'emphysème pendant la vie. Les muscles intercostaux, en certains points seulement sont le siège d'une infiltration d'un gris-rougeâtre, puriforme. Intégrité du reste des tissus mous de la paroi thoracique.

Pas de lésions à gauche ; le poumon est seulement volumineux, pesant, livide, gorgé d'un sang noir qui coule en abondance à la section de l'organe. — Cœur mollassé, un peu grasseyeux.

Cavité abdominale. Le gros lobe du foie présente sur ses deux faces, non loin de son bord droit, vers le milieu de sa hauteur, des traces manifestes de contusion. On y voit sur la partie antérieure des fentes ou plutôt des éraillures assez régulières dans leur direction, un peu déchiquetées

dans leur profondeur. La face postérieure présente à peu près au même niveau, une surface où le tissu est déchiqueté, contus. Ces lésions ont 3 à 6 centimètres de surface, elles ne s'étendent pas profondément, et le tissu environnant est le siège d'une infiltration sanguine très-peu prononcée. — Pas de lésions péritonéales. Cette lésion du foie n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme appréciable; il ne s'était produit ni ictère, ni ce refroidissement qu'on voit souvent survenir à la suite des traumatismes des viscères abdominaux. Enfin, écrasement de la 3^e phalange des doigts médius et annulaire gauches.

RÉFLEXIONS. Outre les points relatifs à la production de l'emphysème, et à la persistance de la vie pendant 8 jours, malgré une lésion qui avait brusquement suspendu toute la moitié du champ de l'hématose, cette observation présente un certain intérêt au point de vue du mécanisme des fractures de côtes.

Il semble indiscutable au premier abord que ces fractures se soient produites par cause directe, et que les côtes se soient brisées l'une après l'autre sous la roue; la double fracture des 9^e et 10^e côtes semble surtout une preuve incontestable de ce mécanisme. — Mais, si on considère le siège de la lésion, occupant sur toutes les côtes leur tiers-moyen, de telle sorte que toute la paroi costale est parcourue comme par un seul trait de fracture, allant de la première à la dernière suivant une ligne régulière, on est tenté d'invoquer un autre mécanisme, et de supposer que les roues passant sur le thorax, le comprimant ainsi d'avant en arrière, en exagérant les courbures des côtes, les a rompues en les portant ainsi au-delà de leur limite de flexion. Le fait de la fracture de la 1^{re} côte, sans lésion de la clavicule, vient à l'appui de cette hypothèse et ne peut même s'expliquer autrement; enfin, notons que les téguments au niveau des fractures, ne portaient ni ecchymose, ni trace de contusions, ce qui ne se comprend guère en supposant que cette région ait subi directement le choc de la roue.

Il n'est donc pas impossible de supposer que la roue est montée obliquement sur ce malheureux, de gauche à droite et de bas en haut, écrasant d'abord la *main gauche*, passant ensuite sur la partie supérieure de la région abdominale en contusionnant le foie, puis sur la partie antérieure de la moitié droite de la cage thoracique, brisant directement les neuvième et dixième côtes dans leur tiers antérieur, et faisant éclater toutes les autres par exagération de leur courbure. En dernier lieu se seraient produites les lésions de la face.

6. Fracture sus-malléolaire, par M. Moizans, interne des hôpitaux.

Cette fracture produite dans une chute du deuxième étage est un type de fracture sus-malléolaire, mais ne présente du reste rien de particulier. Le diagnostic précis avait pu être posé pendant la vie.

7. Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans la bronche gauche, par M. Cossy, interne provisoire.

Roure, âgé de 24 ans, boulanger, entré le 20 février 1874, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint Vincent-de-Paul, n° 29 (service de M. MILLARD).

Le malade paraît vigoureux et bien constitué; il ne semble pas avoir d'habitudes alcooliques. A deux époques différentes, il a passé une quinzaine de jours à Lariboisière pour des oppressions et des points de côté (siégeant soit à droite, soit à gauche), symptômes qui se sont rapidement dissipés après l'application de ventouses. Depuis quelques mois, toux et oppression lorsqu'il court. Vers le 1^{er} janvier 1874, à la suite d'un refroidissement, il eut des frissons, des points de côté marqués surtout dans la partie gauche de la poitrine, une grande oppression, de la fièvre et des vomissements; il dit enfin avoir craché quelques filets de sang. Il dut alors se mettre au lit.

Le 20 février, au moment de l'entrée à l'hôpital, nous constatons une dyspnée assez considérable, mais le malade dit avoir été plus oppressé il y a un mois. L'expectoration est abondante et constituée par des crachats blancs et mousseux. A l'examen physique, on trouve, dans tout le côté gauche, de la matité, de la diminution du murmure vésiculaire et de l'affaiblissement des vibrations thoraciques. En avant et à gauche, au niveau de la région précordiale, il y a de la sonorité coïncidant avec une absence complète de la respiration. Le cœur n'est pas dévié. L'examen du poumon et de la plèvre du côté droit ne révèle rien d'anormal. Le rythme et le timbre des battements du cœur sont normaux.

Depuis quelque temps, palpitations, inappétence, nausées, un peu de diarrhée.

En présence de ces signes, on pose le *diagnostic de pleurésie du côté gauche*, mais *pleurésie anormale*, avec un point d'*emphysème* à la partie antérieure du poumon. — Traitement : chlendent, scammonée, vésicatoire.

Les jours suivants, le même état persiste sans aucun chan-

gement; le malade est toujours oppressé, mais n'accuse pas de palpitations; il ne crache pas de sang.

Le pouls est normal, bien frappé et présente les mêmes caractères à droite et à gauche.

Le 26 février, soir. Le malade paraît plus fatigué, plus oppressé, et il se plaint d'avoir, à diverses reprises, pendant la journée, craché des filets de sang.

A l'examen de la poitrine, on ne trouve aucun changement dans les signes physiques énumérés.

Quatre ou cinq minutes après avoir été examiné et ausculté le malade est pris subitement d'un crachement de sang rouge vermeil, spumeux, hémorrhagie foudroyante qui le tue en deux ou trois minutes.

AUTOPSIE faite le 20 février, à dix heures du matin. — A l'ouverture du thorax, on voit que les poumons et le cœur ont gardé leurs rapports normaux, et l'on ne peut découvrir, au premier abord, aucune tumeur. Dans la plèvre gauche : épanchement séreux très-peu abondant.

Le poumon gauche est tapissé sur toute sa face externe par une fausse membrane peu épaisse. A la coupe, on voit une forte injection de ce poumon dans son tiers supérieur.

Emphysème à la partie antérieure du lobe supérieur. Dans le tiers moyen et à la base du poumon gauche : trainées de tissu grisâtre, plus denses, plus friables : points de broncho-pneumonie avec dilatation des bronches. Poumon droit congestionné dans toute son étendue.

Aorte. — Immédiatement au-delà de l'embouchure de l'artère sous-clavière gauche, on voit une ouverture anormale, circulaire, de 3 à 4 centimètres de diamètre, aboutissant à une petite poche très-peu profonde, dont le fond est recouvert de caillots fibrineux stratifiés.

Si maintenant l'on examine la trachée, on trouve dans la bronche gauche, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la trachée, deux ouvertures linéaires, transversales, déchiquetées, à travers lesquelles vient se montrer l'extrémité d'un stylet introduit dans la poche anévrysmale de l'aorte. Entre l'anévrysme et le cœur, l'aorte présente de nombreuses plaques d'athérome et paraît dilatée. Pas d'insuffisance aortique, pas d'hypertrophie cardiaque. Cœur flasque, mou, un peu grasseux.

Estomac, foie, cerveau sains. Rate diffluente. L'un des reins est grasseux.

M. CHARCOT. Ces cas ne sont pas très-rares, mais ce qu'il y a d'intéressant dans le fait que nous avons sous les yeux, c'est le petit volume de la tumeur, n'ayant guère que la gros-

seur d'une noix, et qui cependant a perforé l'épaisseur de la bronche.

M. ORY. J'ai présenté l'année dernière un fait semblable.

M. CORNIL. J'ai vu, dans un cas du même genre, l'hémorrhagie se faire goutte à goutte.

8. Hernie crurale étranglée. — Perforation intestinale quelques jours après le débridement, par M. ROGEAU, interne provisoire.

Antoinette X..., 63 ans, femme assez vigoureusement organisée, mais fatiguée par un travail opiniâtre, entrée le mercredi 11 février, dans le service de M. VERNEUIL à la Pitié.

Dimanche 8 février. Ant. X... ressentit tout à coup, sans effort préalable, une douleur vive dans l'aîne droite, et s'aperçut de l'existence en ce point d'une tumeur grosse comme un petit œuf. Les symptômes furent assez accusés dès le début, pour que la malade, prise de nausées continuelles, crut devoir appeler un médecin : celui-ci ne fit aucune tentative de taxis, et prescrivit un émétique suivi bientôt de vomissements alimentaires abondants. Un lavement purgatif amena pendant la soirée deux selles copieuses. Le lundi, les vomissements continuèrent et devinrent bilieux. Un second médecin, appelé le mardi, constata des vomissements fécaloïdes, un ballonnement assez notable du ventre, l'absence complète d'excrétion de gaz intestinaux, fit un taxis de dix minutes sans aucun résultat, et prescrivit un purgatif qui resta impuissant. La malade se décide à entrer à l'hôpital, 68 heures après le début des accidents.

Elle porte dans l'aîne droite, au-dessous de l'arcade de Fallope, une hernie grosse comme un marron, sonore, tendue, irréductible, évidemment étranglée, mais l'anse intestinale est très-probablement saine, puisque la peau a conservé à ce niveau sa couleur et sa souplesse ordinaires.

La hernie est peu douloureuse, même à l'endroit de son pédicule. Certes, on ne pourrait arguer de ce peu de sensibilité que l'intestin est en bon état, l'état général n'est pas absolument mauvais : la fièvre est médiocre, l'altération des traits peu marquée. Le ventre est modérément ballonné, sensible cependant au toucher, surtout sur le creux épigastrique. La malade urinait hier encore sans peine : ce matin, la miction est douloureuse et difficile, symptôme qui peut faire croire à une péritonite au début.

M. Verneuil procède sans tarder à la kélotomie. Un peu d'épiploon recouvre l'anse herniée; le sac ne contient point de

liquide. Le débridement étant fait en haut et en dedans dans l'épaisseur de quelques millimètres, l'anse intestinale nous apparaît complète, formée par l'intestin grêle, d'un noir bleuâtre asphyxique, fortement froncée au niveau de l'étranglement. Après évacuation du gaz qu'elle contient, elle reste flasque et revient à peine sur elle-même. Mais elle est chaude, sans odeur, sa piqûre donne issue à du sang artériel, sa couleur n'est pas celle de la gangrène; au niveau de l'étranglement, pas de perforation. M. Verneuil se croit en droit de réduire, et fait ensuite appliquer sur la plaie, pour empêcher le contact de l'air, une plaque de baudruche dont les bords sont fixés par du collodion. On prescrit quelques centigrammes d'opium.

11 février, soir. Le ballonnement du ventre a augmenté, et nécessite la section du spica qui maintenait le pansement, les douleurs abdominales sont assez vives, mais à peine plus prononcées au niveau de la hernie. Miction impossible, exigeant le cathétérisme. Pas de selles et continuation des vomissements qui, au lieu d'être fécaloïdes, sont redevenus verdâtres et porracés. Facies non grippé, mais fortement animé aux pommettes. Langue blanche, humide, soif vive. T. 38°,5. La malade est mise à l'usage de la glace.

12 février. Mêmes symptômes. Un lavement purgatif donne lieu à des selles abondantes. Potion de Todd, mêlée à de l'eau de Seltz. T. 37° le matin; soir, T. 37°,4.

13 février. Les vomissements persistent, présentant toujours les mêmes caractères. Le ballonnement semble avoir augmenté, mais la face est naturelle et ne présente point le type caractéristique des affections abdominales douloureuses. La malade se plaint néanmoins de coliques vives, mais sans maximum d'intensité en un point précis. L'huile de Ricin, prise pendant la journée, est expulsée par les vomissements. Un lavement purgatif donné le soir reste sans effet. — T. 36° matin; soir, 37°.

14 février. Un seul vomissement depuis 15 heures, mais la malade s'est plainte toute la nuit; elle est abattue, les yeux fermés, dans un assoupissement continu, et éprouve sans cesse des renvois amers, bilieux. La température s'est encore abaissée depuis hier: T. 36°,2. M. Verneuil ordonne un large vésicatoire couvrant la moitié droite de l'abdomen. Calomel et Jalap, A. A. 1 gramme en 4 paquets, à administrer d'heure en heure jusqu'à évacuations alvines.

Soir. J'apprends que les vomissements ont recommencé quelque temps après l'administration du purgatif. L'affaïssissement de la malade est complet, la langue se sèche, le pouls est petit, quoique peu fréquent. T. 35°,6.

Mort, le dimanche 15 février, à 4 heures du matin, après des douleurs abdominales excessivement vives, apparues dès les premières heures de la nuit, et une agitation violente qui nécessite l'application de planches matelassées de chaque côté du lit de la malade.

AUTOPSIE. Nous trouvons une péritonite généralisée à tout l'abdomen. L'excavation du petit bassin est remplie d'un mélange de matières fécales liquides et de grumeaux d'un pus épais.

L'anse herniée se voit à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale, sans adhérences aux anses intestinales voisines, et d'un noir foncé. La partie qui faisait hernie mesure 5 à 6 centimètres au niveau de l'étranglement, le bout supérieur présente deux perforations situées en face l'une de l'autre, et la coupe de l'intestin montre nettement que la muqueuse et la musculieuse ont été sectionnées à ce niveau, le péritoine seul assurant encore sur certains points la continuité du tube digestif.

Le bout inférieur, à l'endroit de l'étranglement, n'offre d'autre altération que le changement de coloration des deux muqueuses, l'une normale, l'autre — celle de la hernie — noire et ecchymosée. Sur ce point, aucune diminution sensible dans l'épaisseur des tuniques. Cette différence peut s'expliquer peut-être par la disposition même de l'étranglement dans la hernie crurale : la constriction s'étant très-probablement opérée dans le cas précédent au niveau d'une des boutonnières du fascia crébriformis, le bout supérieur aura été fortement serré contre la partie la plus tranchante et l'anneau, protégeant ainsi à ses dépens le bout inférieur.

RÉFLEXIONS. A quel moment faut-il faire remonter ces perforations ? Rien dans les symptômes observés ne peut permettre sur ce sujet une affirmation rigoureuse. Peut-être, datent-elles des 10 ou 12 heures qui précéderent la mort, — fait qui semble assez probable, si l'on veut se rappeler que la malade éprouva à ce moment des douleurs abdominales atroces et une agitation vive, bientôt suivies d'un collapsus mortel. En somme, notre observation vient confirmer une fois encore cette vérité d'anatomie pathologique, que, presque toujours, dans l'étranglement herniaire prolongé, la musculieuse et la muqueuse se sectionnent les premières, et que la séreuse elle-même peut, après réduction, se perforer à son tour.

9. Syphilis constitutionnelle; Pharyngite syphilitique; affection cardiaque, par M. MACHON, externe des hôpitaux.

Une femme de 47 ans succombe le 2 mars 1874 (Salle Saint-Maurice, Hôtel-Dieu), par les progrès d'une affection cardiaque compliquée d'ascite et d'œdème des membres inférieurs avec éléphantiasis. Elle porte de plus, des lésions multiples de syphilis tertiaire.

La voûte palatine présente une perforation ancienne, en voie de cicatrisation. La luette offre à sa base une cicatrice brillante avec perte de substance. Les fosses nasales sont contournées et rétrécies par de nombreuses brides cicatricielles.

A la partie supérieure du *pharynx*, en arrière des trompes d'Eustache, de chaque côté de la ligne médiane, apparaissent deux *tumeurs* violacées, *fungueuses*, du volume d'une grosse amande. Tout autour d'elles, se voient des cicatrices nombreuses, qui s'étendent de la paroi antérieure à la paroi postérieure du pharynx et rétrécissent notablement ce conduit dans tous ses diamètres.

L'épiglotte est ulcérée sur son bord libre. Hypertrophie marquée de la muqueuse linguale et des glandules du pharynx. Hypertrophie des ganglions du cou.

10. Rupture de l'artère fessière; Anévrysme rétropelvien faux consécutif. — Affection cardiaque; Athérome artériel. — Mort par hémorrhagie à la suite de ponction sur la tumeur anévrysmale. — Autopsie, par M. GUILLAUMET, interne à l'infirmerie des prisons de la Seine.

Michel F..., âgé de 25 ans, marchand forain, entré à l'infirmerie centrale, Service de M. LÉGROUX, le 14 février 1874. Ce malade présente la teinte cireuse généralisée, qui caractérise l'anémie profonde; tous les tissus sont pâles et décolorés.

Le cœur offre à l'auscultation des signes assez complexes: Un bruit de souffle au premier temps et à la base, assez doux, est rapporté à l'anémie. Un bruit de souffle très accentué, à caractère aspiratif, au second temps et à la base, se prolongeant dans la direction de l'aorte, indique une insuffisance aortique intense. Enfin, un bruit de souffle de moyenne intensité au premier temps et à la pointe, plus marqué à gauche qu'à droite, établit nettement une insuffisance mitrale.

On voit toutes les artères battre sous la peau, qu'elles soulèvent violemment, par saccades, avec une force telle que le corps tout entier est ébranlé à chaque battement. Le choc qu'elles communiquent à la main est dur, sec comme une chi-

quenaude, et s'éteint immédiatement. La matité de la région précordiale est très étendue. L'auscultation des gros vaisseaux, et de la crurale en particulier, fait percevoir un choc sec, dur, intense, contre le stéthoscope, sans souffle véritable.

Parfois le cœur se met à battre avec une force et une fréquence inaccoutumées qui fatiguent beaucoup le malade. Pendant ces accès la respiration est moins libre, le front s'humecte de sueur, les artères offrent une tension et une impulsion proportionnées à l'énergie des contractions. Cet état dure un temps plus ou moins long, obligeant le patient à prendre les positions les plus variées pour atténuer les secousses ; puis il cesse tout à coup, sans raison, comme il avait commencé.

Le malade porte aussi une tumeur dure et fluctuante, qui occupe la région de la fesse droite et qui présente environ le volume des $\frac{2}{3}$ d'une tête d'adulte. Cette tumeur qui paraît placée au-dessous des muscles de la région, s'étend de la crête iliaque à une ligne horizontale passant par l'ischion, et de la partie externe de la cuisse jusqu'au sacrum. A la surface la peau est lisse, tendue, luisante, sillonnée par des veines que l'on aperçoit aisément, mais sans dilatations variqueuses. Elle est sensible au toucher, surtout en quelques points déterminés. La tumeur toute entière est animée de battements, et le stéthoscope révèle partout l'existence d'un souffle assez fort. Au sommet, petite plaie à bords nettement taillés, profonde d'environ 2 c. 5. La mensuration des régions correspondantes donne 21 c. de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sacrum du côté sain, et 32 c. du côté de la tumeur ; 27 c. de l'épine iliaque à l'ischion du côté sain, et 36 du côté de la tumeur. Enfin, la base de la tumeur mesure 64 c. de circonférence. L'articulation coxo-fémorale est mobile dans tous les sens, sans frottement ni douleur. Le membre inférieur est quelquefois engourdi, mais non d'une manière constante. La jambe est habituellement fléchie sur la cuisse, et le malade couché sur le dos ou sur le côté gauche.

ANTÉCÉDENTS. Famille saine. Dans l'hiver de 1868-69 le malade eût une violente attaque de rhumatisme articulaire qui envahit successivement toutes les grandes articulations à l'exception de la coxo-fémorale. A cette époque, il eut à souffrir pour la première fois de violents battements de cœur, et conserva un certain essoufflement. Au mois d'avril 1873, il fit une chute d'une hauteur de 2 mètres environ, et tomba sur la fesse droite, sur l'angle d'un meuble de chêne ; la douleur fut vive, mais deux ou trois jours après, elle avait entièrement disparu. Vers la fin du même mois, il fut conduit à Mazas et s'y porta parfaitement jusqu'au mois de février 1874, sans

avoir rien remarqué d'extraordinaire du côté de sa fesse droite.

Le 12 janvier il fit une course assez longue et en ressentit de la fatigue; deux jours après il éprouva un peu de malaise, de la pesanteur dans les reins, et de la difficulté à s'asseoir, avec une légère douleur dans la fesse. Il entra alors à l'infirmerie de Mazas. A cette époque, il n'y avait pas encore trace de tumeur dans la région. On appliqua un vésicatoire loco-dolent.

Au bout de 15 jours on s'aperçut qu'il portait à la fesse droite une tumeur volumineuse. On fit alors dans la tumeur une ponction avec le bistouri, d'où est résultée la petite plaie qu'on peut encore constater actuellement. La ponction donna issue, dit-on au malade, à une grande quantité de liquide clair comme de la sérosité, et la plaie faite aux téguements fut le siège d'une hémorrhagie considérable, qu'on chercha à arrêter avec des rondelles d'amadou imprégnées de perchlorure de fer et par une ligature dont on retrouve le fil.

C'est de ce moment que date l'état d'anémie. Dès l'entrée à l'infirmerie centrale, on pansa la plaie avec la poudre de quinquina, on administra des toniques et de la digitaline à petite dose. Puis on chercha à établir la véritable nature de la tumeur. Le 25 février M. Th. Anger fit une ponction exploratrice avec un trocart capillaire. Il s'écoula un liquide rouge, peu coloré, mais qui était du sang pur. On était donc en présence d'un anévrysme. Il fut décidé que le premier mai on ferait dans la tumeur une injection de perchlorure de fer, mais le malade mourut avant cette époque.

En effet, le 26 février comme il s'écoulait un peu de sang par la plaie faite par le bistouri, on appliqua de l'amadou et du collodion. La mensuration de la tumeur donnait une augmentation de 4 à 5 c. sur toutes les dimensions.

Le 27 février, nouvelle hémorrhagie. Le sang s'échappait en assez grande abondance à travers les pièces du pansement; Celles-ci furent détachées avec précaution, lorsqu'au moment d'enlever la dernière, un jet artériel du volume d'une plume d'oie, se fit jour, et fut lancé à une assez grande hauteur. Le malade était anxieux, terrifié par la peur de mourir; son cœur battait depuis un quart d'heure environ, avec une violence extrême. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, en superposant une grande quantité de rondelles d'amadou imprégnées de perchlorure de fer pur, et en faisant de la compression que l'on put triompher de l'hémorrhagie.

Le lendemain vers midi, la même scène se reproduisit, mais plus grave; car, avant qu'on eût pu porter secours, une

quantité énorme de sang s'était écoulée et le malade mourait d'anémie, dans le sens absolu du mot.

AUTOPSIE. Tous les organes sont absolument exsangues. Les poumons sont pâles, décolorés, blafards, mais sains d'ailleurs. Les reins absolument privés de sang, très-pâles, sont peut-être un peu volumineux. La rate tout à fait décolorée laisse voir une masse de petits points blancs qui ne sont autres que les corpuscules de Malpighi.

Le foie est aussi très-pâle et légèrement grasseux. Tout le tube digestif est d'un blanc mat et entièrement dépourvu de sang. Un peu d'épanchement séreux dans le petit bassin.

Le cœur présente un volume considérable.

La cavité du péricarde a totalement disparu, en raison de l'adhérence intime du feuillet viscéral et du feuillet pariétal sur toute la surface du cœur. Partout existent des adhérences celluleuses courtes, qu'on ne peut séparer qu'en atteignant les fibres musculaires elle-mêmes. Le poids de l'organe entier, débarrassé des ganglions et des caillots, accompagné d'une portion de l'aorte longue de 8 centimètres, est de 615 grammes.

La paroi du ventricule gauche est énormément épaissie, et vers sa pointe présente 3 cent., 5 d'épaisseur à gauche, en avant 2 cent., 5, en arrière 3 cent., et dans son point de contact avec le ventricule droit 2 cent., 5.

Le ventricule gauche est rempli de caillots peu consistants.

L'endocarde présente des plaques d'endocardite laiteuse à la surface desquelles se trouvent en petit nombre de petites végétations en choux-fleurs. On remarque une de ces plaques en particulier au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte; elle a environ 1 centimètre; il en existe aussi sur les colonnes charnues et sur les cordages tendineux.

La valvule mitrale est épaissie sur son bord libre et porte quelques végétations à sa face interne.

L'oreillette gauche épaissie et assez large présente aussi des plaques laiteuses, traces d'inflammation ancienne.

Les valvules de l'aorte sont insuffisantes ainsi que nous avons pu nous en assurer avant l'ouverture du cœur, en versant de l'eau dans l'aorte. Par cette opération nous pouvions apercevoir les valvules s'adossant incomplètement, laisser un orifice de 6 millim. de diamètre à travers lequel l'eau s'échappait. De plus des déchirures de la membrane valvulaire laissaient également couler le liquide.

Les valvules sigmoïdes sont épaissies sur leurs bords et couvertes de petites végétations papilliformes. L'orifice de l'artère coronaire présente des plaques athéromateuses.

Au niveau de la naissance des artères carotide, sous-cla-

vière, du tronc brachio-céphalique, on trouve aussi des plaques athéromateuses nombreuses. Mêmes lésions au niveau de la courbure de l'aorte.

Le ventricule droit très-aplati, à parois minces est rempli de quelques caillots noirs peu consistants.

Les valvules tricuspides légèrement épaissies sur les bords paraissent suffisantes. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont saines. L'artère pulmonaire elle-même présente de petites plaques blanches athéromateuses. Rien à l'oreillette.

L'orifice mitral, étendu, non tirailé, a une longueur de 9 cent., 6. L'orifice aortique a 8 cent.

Ces lésions confirment donc pleinement le diagnostic porté sur les lésions du cœur, en raison des données de l'auscultation; ajoutons que la fibre musculaire paraît saine.

En disséquant avec soin la tumeur anévrysmale de dehors en dedans, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané voisin de la petite plaie, du sang épanché dans une étendue assez grande. On en retrouve également au niveau de la ponction avec le trocart, mais en petite quantité.

Les fibres musculaires superficielles ne paraissent pas altérées, mais à mesure qu'on pénètre plus profondément, elles présentent un état d'infiltration sanguine et de décomposition de plus en plus avancée. A la couche profonde elles sont noires, sans consistance, comme en bouillie et exhalent une odeur de putréfaction assez accentuée.

On pénètre alors dans une cavité remplie de sang.

Les parois sont formées supérieurement par les muscles doublés de caillots actifs, inférieurement par un énorme caillot fibrineux actif également, et qui semble former le fond de la poche; mais en exerçant sur ce dernier une certaine traction, on le détache, et on se trouve en présence d'une nouvelle poche qui est le véritable anévrysme. Cette cavité est limitée par l'os iliaque dénudé de son périoste et comme usé, par les muscles pelvi-trochantériens et par le gros caillot. Au fond entre la partie supérieure de la grande échancrure sciatique et le muscle pyramidal, l'artère fessière est béante, l'orifice de cette artère arrive juste au niveau de la lèvre postérieure de l'échancrure sciatique.

Elle est nettement coupée comme avec un instrument tranchant et ses bords sont arrondis comme ceux d'un tube chauffé à la lampe.

Un stylet introduit dans l'artère conduit directement dans l'iliaque interne. Il n'y a donc aucun doute possible sur l'existence d'un anévrysme faux causé par la rupture de l'artère fessière. Ajoutons que le muscle pyramidal comprimé

par le sang de l'anévrysme, faisait une saillie assez considérable en forme de tumeur, dans le petit bassin.

Il est regrettable qu'on n'ait pas songé à pratiquer le toucher rectal, car on aurait peut-être trouvé là un nouvel élément de diagnostic dans les battements qui devaient y être perceptibles.

M. LEGROUX. Je tiens à relever plusieurs points intéressants de cette observation. Je laisse de côté l'affection cardiaque d'origine rhumatismale, caractérisée par des déterminations valvulaires multiples, et surtout par une hypertrophie ventriculaire gauche énorme, conséquence d'une insuffisance aortique portée à un degré très-élevé.

Je ne veux m'occuper que de la tumeur : celle-ci prête à plusieurs considérations d'ordre différent.

Au point de vue anatomique, elle nous offre un exemple rare, et unique dans nos Bulletins, de rupture de l'artère fessière au niveau de la grande échancrure sciatique.

L'artère fessière, immédiatement au point de son passage hors du bassin, est totalement rompue et les bords de la rupture, évidemment de date ancienne, sont arrondis, un peu épais, à la façon d'un tube de verre, dont la section aurait été fondue à la lampe. Sur le bord de l'artère rompue, on distingue des traces d'athérôme. Du fait de la rupture un anévrysme faux s'est produit, d'abord limité à la région ischiatique, plus tard à la région fessière, ainsi que le prouvent les caillots actifs qui ont formé une poche de grande dimension sous les muscles fessiers. La face externe de l'os iliaque a été usée, entamée par le courant sanguin qui existait primitivement dans la tumeur. Secondairement, un épanchement de sang dans les tissus qui entouraient l'anévrysme ainsi circonscrit s'est produit à la suite de la ponction faite avec le bistouri. Le bout inférieur de l'artère fessière n'a pu être retrouvé au milieu des détritits musculaires et cellulaires qui limitaient la tumeur. Le fait d'une rupture artérielle aussi nette est au moins rare.

Au point de vue clinique, ce cas était encore plus intéressant. En effet, le diagnostic était fort délicat, ainsi qu'on peut le voir.

Une tumeur ayant atteint en trente jours un volume aussi considérable, ne semblant avoir que des relations hypothétiques avec une chute sur la fesse, faite en avril 1873, donnant

une fluctuation évidente, douloureuse, laissant toute liberté aux mouvements de l'articulation coxo-fémorale, ne pouvait être qu'un abcès ossifluent, un cysto-sarcome à marche rapide, ou un anévrisme. Son accroissement très-rapide excluait immédiatement les enchondrômes, les tumeurs cancéreuses encéphaloïdes et kystiques, les tumeurs érectiles.

L'existence d'un phlegmon devait également être écartée en l'absence des signes propres aux suppurations aiguës.

Il restait à choisir entre les trois affections énoncées plus haut. L'abcès froid pouvait être admis en raison de la fluctuation, en raison de la ponction faite, laquelle, disait-on, avait donné issue à de la sérosité, en raison aussi du diagnostic d'arthrite de la hanche, porté par un médecin qui avait pu observer le malade au moment de la tumeur. C'est cette idée qui domina d'abord dans l'esprit de M. Th. Anger, notre collègue, chirurgien dans cette infirmerie.

Le diagnostic d'un cysto-sarcome pouvait être un instant discuté. En effet, l'âge du sujet, la rapidité du développement de la tumeur, sa consistance molle et fluctuante en certains points, plus ferme en d'autres, et irrégulière, sa base d'implantation sur la face externe de l'os iliaque, plaident un peu en faveur d'un sarcome d'origine osseuse, avec formation de kystes dans son épaisseur.

Mais l'anévrisme rétropelvien était l'hypothèse la plus probable. L'accroissement rapide de la tumeur, la fluctuation, le mouvement d'expansion et les battements qu'on sentait en appliquant la main sur la fesse, le bruit de souffle intense qu'on y percevait, constituaient un ensemble de signes pouvant être rattachés à un anévrisme. Cependant, dans ce cas particulier, chez ce sujet qui, par suite de l'insuffisance aortique et de l'énorme hypertrophie cardiaque, avait dans toutes les régions du corps une pulsation répondant à la systole cardiaque, chez lequel on entendait partout, aussi bien sur le moignon de l'épaule que sur la tumeur un bruit de souffle très-marqué, les signes indiqués plus haut perdaient presque toute leur valeur.

La ponction capillaire, faite par M. Anger, leva tous les doutes. Du sang pur très-fluide, pâle, séreux, sortit de la canule du trocart. Nous avions donc affaire à un anévrisme rétro-pelvien.

Quelle devait être la conduite à tenir en pareille occurrence ?

La compression était impraticable ; les applications de glace ne pouvaient donner que peu de résultats. L'ouverture du sac et la ligature directe pratiquée par J. Bell, répétée par Carmichael et Warren Stone, était trop aventureuse. M. Anger se proposait de faire dans la tumeur des injections coagulantes au perchlorure de fer. On sait que Nélaton a obtenu par ce moyen la guérison parfaite d'un anévrysme de ce genre. Tout était préparé pour faire cette opération, lorsque l'hémorrhagie par la plaie du bistouri vint épuiser le malade.

L'examen de la tumeur démontre que les injections coagulantes eussent échoué très-probablement et que la seule ressource radicale eût été la ligature de l'iliaque interne. On eut probablement reculé à entreprendre cette grave opération ; le malade était déjà très-faible, et l'emploi du chloroforme était formellement contre-indiqué par l'affection cardiaque.

En dernier lieu, comment doit-on expliquer cette rupture de l'artère fessière ? Il est à supposer que la chute faite par le malade en avril 1873 a été la cause de la rupture artérielle. Ce qui peut le faire croire, c'est que l'artère peut-être athéromateuse au niveau de l'échancrure sciatique a pu être écrasée, fortement contuse sur le bord de l'os, lorsque le malade tomba sur l'angle d'un meuble. La rupture a pu même être complète d'emblée. Il s'en est suivi un anévrysme faux primitif, d'abord assez limité, ayant passé inaperçu jusqu'au 12 janvier. A cette date le malade fait une longue course, après laquelle il ressent de la douleur dans la fesse, et des fourmillements dans la jambe. A ce moment, l'anévrysme localisé aux environs du bout supérieur de la fessière, s'étend tout à coup et rapidement sous les muscles fessiers qu'il refoule. Vient ensuite la ponction faite avec le bistouri qui facilite encore l'extension de la tumeur et l'épanchement du sang dans les espaces inter-musculaires.

Nous admettons que la chute du mois d'avril dernier a été cause déterminante, parce que en dehors d'elle nous ne trouvons aucune cause plausible. On ne peut pas supposer que l'artère légèrement athéromateuse ait pu se rompre sous une impulsion violente venue du cœur. Ces ruptures artérielles ne sont possibles que lorsqu'il y a déjà un affaiblissement, une usure considérable des parois vasculaires. Cependant Dubrueil (de Montpellier), a admis la possibilité des anévrysmes spontanés, par le choc de la colonne sanguine sur la paroi

artérielle comprimée par le rebord de l'échancrure osseuse.

Les anévrysmes rétropelviers sont peu communs. Nélaton dit n'en avoir pu trouver que 18 dans la science. Le cas dont il vient d'être question est particulièrement remarquable par la complexité due à l'existence d'une affection du cœur et de l'aorte.

11. Sclérose du cervelet (1). Par M. CORNIL, médecin des Hôpitaux.

M. L... âgé de 66 ans, ne présente aucun antécédent pathologique antérieur à ceux dont nous allons parler. A-t-il eu la syphilis? A ce sujet les renseignements sont peu précis; toutefois, menant une vie peu régulière, il communiqua à sa femme une vaginite avec uréthrite qui au dire de celle-ci persista fort longtemps. Sur ce point, c'est tout ce que nous avons pu savoir.

Il y a trois ans, ce malade fut pris d'hémiplégie droite incomplète; paralysie survenue peu à peu, sans ictus apoplectique, ayant disparu de même en six mois environ; il persista néanmoins depuis cette époque une hémiplégie faciale du côté droit, peu marquée, il est vrai. Au début, il présenta un léger embarras de la parole, ayant disparu insensiblement et accompagné à ce moment d'une sialorrhée abondante qui dura quatre mois environ. Ce malade sujet à une constipation opiniâtre, amenant de fréquentes débâcles avec vomissements bilieux, durant un ou deux jours et cessant d'eux-mêmes, n'a jamais présenté d'attaques épileptiformes, ni de vertiges, ni de perte de connaissance, il se promenait constamment et prenait un peu plus d'alcool qu'il n'aurait dû le faire, sans toutefois s'enivrer. Du côté des membres inférieurs on n'a jamais constaté aucun signe d'affaiblissement; du côté des membres supérieurs au contraire, on notait une excessive maladresse, surtout dans les derniers temps de la vie. La sensibilité a toujours été conservée.

Morose, maniaque, présentant un extérieur abruti, cet homme paraissait avoir conservé en partie son intelligence; répondant fort bien à certaines questions, d'autre fois, au contraire, il semblait ne pas comprendre, et ne répondait pas; ce défaut de réponse était mis sur le compte de la bizarrerie de son caractère, persuadé que l'on était qu'il comprenait fort bien. Depuis quelques jours, il se plaignait de malaise, de perte d'appétit: un purgatif lui fut administré sans résultat; deux ou trois jours durant, il parut plus absorbé que de cou-

(1) Observation clinique recueillie par M. Carrier, interne provisoire

tume, ne répondant que difficilement aux questions qu'on lui posait.

Le 26 *février*, il est assoupi, somnolent, il ne se plaint que du ventre, qui est ballonné, présentant à la partie médiane une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic et qui n'est autre que la vessie distendue. Le cathétérisme donne issue à un litre et demi d'urine, environ. Rien au cœur, ni aux poumons.

Le 27. — Même état, assoupissement dont il sort par moments, impossibilité presque complète de se servir de ses membres supérieurs, dont les mouvements incertains, tremblotants, l'empêchent de saisir aucun objet, sans le laisser tomber.

Le 28. — L'état est toujours le même; assoupissement plus prononcé; le malade est enfoncé sous ses couvertures, sans mouvement, ne répondant plus aux questions qu'on lui adresse; si on le secoue, il gémit, ouvre les yeux et retombe aussitôt dans cet état demi-comateux dont on vient de le faire sortir. En le découvrant, on trouve les membres inférieurs rosés, rouges par place, présentant en certains endroits des taches ecchymotiques, surtout au niveau des genoux où l'on constate une notable élévation de température.

Mort à huit heures du soir, sans mouvements convulsifs, sans contractures.

AUTOPSIE. Après l'ablation de la dure-mère on trouve la pie-mère infiltrée de sérosité. Le cerveau est ferme bien que l'autopsie soit faite quarante heures après la mort; il ne présente aucune trace de ramollissement à la périphérie ni dans les parties profondes. Les artères de la base et des circonvolutions sont très-athéromateuses. A la coupe on ne trouve rien de particulier ni dans les hémisphères, ni dans les ventricules.

Les corps striés présentent de chaque côté dans le noyau extra-ventriculaire, d'une façon presque symétrique, un petit foyer de ramollissement ancien. Le plus gros a le volume d'une petite cerise; les parois de ces foyers sont irrégulières, celluleuses, opaques et contiennent au milieu de fibres de tissu conjonctif nouveau des vaisseaux dont les parois sont couvertes de gros corps granuleux. Des corps granuleux sont disséminés partout dans ce tissu et autour de lui à une certaine distance du foyer. Les couches optiques et le bulbe sont normaux.

Sil'on examine le *cervelet*, on remarque à la partie postérieure de la circonférence du lobe droit une légère dépression commençant à un centimètre en dehors de l'extrémité postérieure du lobe supérieur. A ce niveau, on apprécie l'induration des circonvolutions du cervelet qui sont ratatinées, petites, grises,

adhérentes entre elles; cette adhérence, du reste, peut être facilement rompue. La portion épaissie, longue de deux centimètres, large d'un centimètre, présente une profondeur d'un centimètre et demi, empiétant d'un demi-centimètre sur la substance blanche. Si on examine le lobe gauche, on ne découvre d'abord rien de particulier, puis en écartant le grand sillon horizontal, on voit vers la partie médiane de la région du cervelet, située au-dessous de ce sillon, une dépression dans laquelle les circonvolutions sont serrées, comme froncées, épaissies, présentant au toucher la même sensation que du côté droit. Faisant passer une coupe au dessous du sillon horizontal on voit les lamelles dans une portion de l'organe symétrique à la lésion du côté droit épaissies, indurées, mais moins condensées, moins rétractées. L'induration se continue en dehors en forme de croissant entourant d'un quart de cercle la substance blanche; dans la portion la plus externe de ce croissant, l'induration ne porte que sur la partie la plus profonde de la substance grise, les lamelles les plus superficielles étant intactes à ce niveau. Les autres organes ne présentent à noter rien d'essentiel.

Les circonvolutions de la partie sclérosée du cervelet sont atrophiées, tout en conservant parfaitement leur forme. Elles ont un volume qui est à peine la moitié ou le tiers des circonvolutions voisines. Tandis que les circonvolutions normales sont grises et transparentes à leur surface et sur une section, les circonvolutions atrophiées sont blanches et transparentes. Sur la section de celles-ci on ne voit plus ni la couche grise périphérique, ni la couche rouillée, ni la partie centrale blanche et opaque de la circonvolution. Tout l'ensemble de la circonvolution est uniformément blanc et décoloré. Le tissu de la partie atrophiée possède une consistance élastique, et il est plus dur que le tissu voisin qui cependant a partout une certaine dureté. Ainsi, lorsqu'on applique la pulpe du doigt sur un angle ou une arête vive formée par les sections du tissu sclérosé, on éprouve une résistance dure. On note donc ici ces trois caractères principaux de la sclérose de circonvolution, qui sont la transparence, la décoloration et la consistance élastique de la partie malade.

Le cervelet a déjà été placé depuis douze heures dans l'eau alcoolisée lorsque nous en faisons l'examen. Sur une section mince colorée par le carmin on voit tout d'abord dans le lieu sclérosé une quantité considérable de corpuscules amyloïdes et des noyaux ovoïdes qui se colorent en rouge.

En agitant un petit fragment d'une coupe mince et en le dilacérant, on isole tous ces éléments avec une assez grande facilité. On voit alors des réseaux serrés de fibrilles extrê-

mement fines qui partent en général d'un point commun et qui constituent un petit ilot. À leur centre se trouve généralement une cellule ovoïde constituée par un noyau ovoïde et une très-petite quantité de protoplasma autour du noyau. À côté de ces éléments qui par leur ensemble répondent à la description des cellules rameuses de Deiters, on voit les mêmes réseaux de fibrilles fines, mais qui ne possèdent pas de noyau à leur centre, et ces mêmes noyaux sont isolés dans la préparation et indépendants des fibrilles.

Les fibrilles sont d'une minceur extrême, parfois un peu granuleuses comme le seraient des fibrilles de fibrine. Mais elles se distinguent bien nettement de ces dernières, en ce qu'elles ne se dissolvent ni ne se tuméfient par l'addition de l'acide acétique. Au contraire, elles conservent très-bien leur apparence dans l'eau acidifiée. Dans la glycérine elles pâlisent et deviennent grenues de telle sorte qu'elles forment un petit ilot granuleux dont l'apparence réticulée disparaît.

Les corpuscules amyloïdes sont très-gros, ils se fragmentent facilement, possèdent un noyau distinct, rond, et se colorent en violet par la solution iodée. Les tubes nerveux ne sont plus représentés dans les parties sclérosées et à la partie centrale de la circonvolution, que par des tubes extrêmement minces. Il n'y a pas trace des éléments normaux : ni petites cellules (myélocytes) de la surface, ni grosses cellules de la profondeur de la couche grise.

Les vaisseaux capillaires et les petites artères sont épaissies, bien nettement, sans athérome, sans corps granuleux à leur voisinage. Ces vaisseaux possèdent des noyaux et parfois ils sont remarquables par la réfringence de leur paroi épaissie.

Le foyer du corps strié est petit ; ses parois sont formées d'un tissu sclérosé. Les parois des vaisseaux étaient sclérosées et athéromateuses avec des plaques calcaires ou une transformation calcaire d'aspect transparent par places sur quelques-unes des artérioles visibles seulement au microscope.

Les parties malades du cervelet et le bulbe ont été durcis dans l'acide chromique. Les préparations faites sur ces pièces, colorées, déshydratées et placées dans le baume du Canada nous ont permis de voir en place les éléments des circonvolutions altérées. Sur les circonvolutions les plus atrophiées on voyait une couche uniforme constituant la couche grise externe. Là, les vaisseaux qui de la pie-mère se ramifient dans la substance grise de la circonvolution, présentent presque tous une réfringence toute spéciale de leur paroi épaissie qui n'est pas colorée par le carmin. Toute la couche grise est parcourue par des fibrilles extrêmement ténues, non colorées.

par le carmin, dirigées d'une façon générale du centre de la circonvolution à la périphérie, formant un réseau à mailles très-fines et se terminant à la surface par des mailles elliptiques dont la convexité est tournée du côté de la pie-mère, Dans ces mailles sont logés de nombreux corpuscules amyloïdes très-fortement colorés par le carmin. On voit de petites loges vides au milieu des mailles ci-dessus, lorsque le corpuscule amyloïde a été entraîné. Ces corps réfringents sont de préférence situés autour des vaisseaux.

En outre, il y a des cellules rondes ou ovoïdes dont le noyau est seul visible par ce mode de préparation et qui siègent surtout au niveau du nœud de croisement des fibrilles. Ces noyaux sont peu nombreux dans la couche externe, et au contraire pressés les uns contre les autres à la zone interne de la couche grise périphérique de la circonvolution. Il n'y a aucun élément qui rappelle les grosses cellules nerveuses qu'on trouve normalement dans ce point. Le centre blanc de la circonvolution montre les mêmes corps amyloïdes et les mêmes altérations des vaisseaux. Il y a là aussi des noyaux et du tissu fibrillaire réticulé, mais on y trouve aussi quelques cylindres d'axe lorsqu'on se rapproche de la partie blanche centrale du cervelet.

Sur les préparations des circonvolutions moins altérées, l'épaisseur de la couche grise est plus grande; les vaisseaux ne sont plus réfringents, leurs parois sont moins épaisses et ils montrent beaucoup de noyaux. Les corpuscules amyloïdes sont moins nombreux. Par contre, les noyaux et les cellules de la névroglie sont aussi nombreux et plus gros dans la zone grise. Les grosses cellules de la partie la plus interne de la couche grise se montrent avec leurs prolongements colorés rayonnant à la périphérie. La substance blanche de la circonvolution présente des cylindres d'axe colorés en rouge par le carmin. Mais cette substance blanche est le siège, surtout à son union avec la substance grise, d'une quantité considérable de cellules et noyaux de la névroglie. Ces noyaux ronds ou ovoïdes, petits, sont situés sur les nœuds d'entrecroisement des fibrilles, de telle sorte que l'ensemble figure des cellules étoilées et ramifiées.

Les préparations du bulbe faites au niveau de l'olive ne nous ont rien présenté d'anormal. Les cellules de l'olive et les différents centres et fibres sont normaux. Il y avait toutefois des corpuscules amyloïdes dans le raphé médian.

En résumé, ce fait est complexe au point de vue de la clinique, puisqu'il existait à la fois un ramollissement limité symétrique ancien des deux noyaux extra-ventriculaires du corps strié, avec une sclérose très-étendue du cervelet. Il est

donc difficile de faire la part des symptômes qui reviennent en propre à la lésion cérébelleuse. Nous pouvons toutefois assurer qu'il n'y avait pas d'attaques apoplectiformes. Cette observation diffère donc à ce point de vue des trois faits que M. Duguet a montrés à la Société en 1862 et dans lesquels la sclérose du cervelet coïncidait avec l'épilepsie.

La lésion du cervelet offrait une période très-avancée de la sclérose : dans un certain nombre de cas de sclérose cérébrale et cérébelleuse que j'ai eu l'occasion d'examiner, le processus n'était pas assez ancien ni assez intense pour que les cellules nerveuses eussent disparu complètement, comme cela existait dans ce cas. Les cellules de la névroglie en multiplication ne pouvaient ni dans les portions les plus atrophiées ni dans celles qui l'étaient le moins, être considérées comme des cellules à prolongements multiples (cellules araignées). Cependant on aurait pu les décrire comme telles si l'on n'avait fait d'examen que sur les pièces durcies dans l'acide chromique.

12. Tumeur de l'aisselle (fibrome papillaire), par M. RECLUS,
interne des hôpitaux.

Delceux, Francine, âgée de 26 ans, couturière, entrée le 28 février (service de M. TRÉLAT) pour une tumeur développée dans l'aisselle gauche.

La malade nous raconte que cette tumeur a débuté, il y a trois ans environ. Elle avait alors la grosseur d'un petit pois, elle était mobile, douloureuse à la pression. Peu à peu elle s'est accrue, est devenue dure, résistante, mais d'une manière insensible et sans poussée inflammatoire.

Lorsque la malade entre dans le service, on constate dans l'aisselle gauche l'existence de cette tumeur. Elle a le volume d'une noix et paraît très-superficielle, développée immédiatement sous la peau très-mobile à ce niveau et sans changement de couleur. La tumeur n'est nullement adhérente aux tissus sous-jacents, elle est très-dure et présente la résistance des tumeurs fibreuses. La pression n'y détermine plus de douleur. Les mamelles correspondantes et les ganglions environnants ne présentent rien d'anormal.

M. Trélat diagnostique une tumeur, probablement développée aux dépens des glandes sudoripares de la région, mais vu la dureté, il croit à une grande quantité de tissu fibreux interposé aux culs-de-sac. L'extirpation est facilement obtenue. Après une incision sur la tumeur rendue saillante par les doigts qui la refoulent, on arrive facilement à l'énucléer.

Sur une coupe pratiquée suivant l'axe longitudinal, la tumeur ressemble, sauf la couleur qui est blanche, à un testicule. On voit en effet des tractus blanchâtres, fibreux, qui partant de la capsule qui entoure l'organe, séparent des espaces d'aspect granuleux. Les tractus semblent converger vers un point où le tissu fibreux est surtout abondant. On aperçoit çà et là des vaisseaux d'un certain volume qui parcourent les travées et paraissent se ramifier dans leur intérieur.

Voici les résultats de l'examen microscopique fait par M. RENAUT, dans le laboratoire du collège de France.

La tumeur est un fibrome papillaire dont les bourgeons sont composés de tissu fibreux et par places de tissu embryonnaire à divers stades d'évolution dans le sens fibreux. La surface des bourgeons est tapissée d'un épithélium prismatique très-régulier et les végétations papillaires sont contenues dans des kystes tapissés d'épithélium semblable à celui qui recouvre leur surface. Cette production est donc identique avec celles de même nature qui végètent dans les canaux galactophores de la mamelle. Il y a lieu de se demander si l'on n'a pas affaire à un fibrome papillaire développé dans un lobule accessoire de la glande mammaire plus ou moins différent de celle-ci.

13. Rapport sur la candidature de M. Rigobert, externe à la Maternité de Cochin, au titre de membre correspondant, par M. L. E. DUBUY.

Messieurs, au mois de février dernier, M. Rigobert vous a présenté l'observation avec pièces à l'appui, d'une femme morte de suite de couches dans le service de la Maternité de Cochin. L'autopsie avait montré dans l'utérus un corps fibreux sans pédicule, situé en partie sur le col, en partie sur la face interne et inférieure droite de cet organe. Cette femme en travail depuis deux jours, avait été amenée dans le service par une sage-femme de la ville; cette dernière avait bien reconnu la présence du corps fibreux, mais en avait fait une partie fœtale autre que le sommet et avait jugé que l'accouchement serait laborieux. A l'hôpital, toutefois, au moment de l'arrivée de la malade, nous avons parfaitement diagnostiqué une présentation du sommet; l'occiput était à gauche et en avant. Dans l'après-midi la femme accouchait spontanément d'un fœtus macéré, et mourait deux jours après, de péritonite.

Il est intéressant d'examiner comment l'accouchement a pu se faire spontanément, malgré la présence de ce corps fibreux. Ce cas nous a semblé très-intéressant à deux points de vue, sur lesquels nous voudrions attirer votre attention: 1° Les

changements imprimés durant la grossesse dans la structure des corps fibreux ; 2° l'influence heureuse de ces modifications sur le mécanisme de l'accouchement.

Les chirurgiens ont admis depuis longtemps que les corps fibreux sont susceptibles de subir dans le cours de la grossesse des transformations variées. La plus fréquente de toutes est le ramollissement partiel ou général dû, soit à un état congestif exagéré, soit à une dégénérescence graisseuse ou kystique. On comprend que dans ces cas particuliers, la partie fœtale puisse franchir le détroit supérieur et l'excavation, malgré le volume et l'immobilité de la tumeur. C'est grâce, en effet, à la réduction assez considérable de ces corps fibreux que le fœtus peut parcourir sans encombre le canal utéro-vaginal.

C'est précisément ce qui a dû se passer dans le cas actuel. Vous savez, en effet, que l'autopsie a démontré un ramollissement notable de la partie centrale du corps fibreux.

La tête a donc pu franchir le détroit supérieur grâce à la réduction du volume de cette tumeur, réduction expliquée par le ramollissement de la partie centrale. D'où l'on peut tirer cette conclusion (1), que pendant la grossesse, le ramollissement d'un corps fibreux est la transformation la plus heureuse au point de vue de l'accouchement.

Il est assez intéressant de rappeler ici une statistique d'un de nos maîtres, M. Tarnier, statistique faite sur 42 grossesses compliquées de corps fibreux (2).

Accouchement spontané.....	8 fois.
Forceps.....	6 —
Version.....	6 —
Accouchement prématuré....	4 —
Embryotomie.....	1 —
Enucléation de la tumeur....	1 —
Opération césarienne.....	14 —

Cette statistique permet de conclure que l'accouchement spontané peut se faire 20 fois sur 100 grossesses compliquées de corps fibreux.

14. De l'influence de l'alimentation sur la proportion des globules blancs dans le sang, par M. WILBOUCHEVITCH, membre correspondant.

J'ai observé récemment dans le service de M. GUYON, à l'hôpital Necker, un fait qui m'a semblé fort intéressant, et dont

(1) Sebilleau. Thèse de Paris. 1873.

(2) Testeau. Thèse de Paris. 1872.

voici le résumé. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, présentant autrefois une force peu commune, ainsi qu'on peut le supposer du reste par sa profession, car il était transporteur de pianos. Il y a vingt mois, à la suite de l'ingestion d'une liqueur contenant de l'acide sulfurique, il resta pendant quelque temps sans pouvoir avaler quoique ce fût, puis la déglutition devint possible en partie, mais le malade conserva un rétrécissement de l'œsophage, et depuis cette époque, l'alimentation est devenue très-difficile; il ne peut avaler de viande; aussi se trouve-t-il actuellement dans un état de maigreur et de faiblesse considérables.

A son entrée à l'hôpital, M. Guyon lui pratiqua le cathétérisme de l'œsophage et réussit à dilater le rétrécissement. J'ai pensé qu'il serait intéressant de faire chez ce malade la numération des globules du sang, et je dois à la bienveillance de M. Guyon d'avoir pu faire quelques recherches dans ce sens.

Afin d'éviter les causes d'erreur, j'ai toujours fait mes observations avant que le malade eût pris sa nourriture accoutumée qui, à ce moment, se composait uniquement de substances azotées. On sait, en effet, que la quantité des globules du sang varie toujours dès que la digestion est commencée.

Voici ce que j'ai pu observer :

	GLOBULES rouges p. M. C.	GLOBULES blancs p. M. C.	PROPORTION.	PROPORTION normale.
14 Février	4,336,800	65,000	66 : 1	600 : 1
21 " 	4,003,200	41,700	96 : 1	600 : 1
28 " 	4,567,000	32,900	138 : 1	600 : 1

D'après ces chiffres, on voit clairement que la proportion des globules blancs du sang diminue au fur et à mesure que se faisait la dilatation de l'œsophage et que l'ingestion de la viande devenait possible.

Si l'inspection préalable des glandes lymphatiques n'avait été faite avec soin, je pourrais supposer que cet homme est atteint de leucocythémie; mais tel qu'il est, ce fait m'amène naturellement à cette conclusion : C'est que l'alimentation purement végétale a une influence marquée sur le nombre des globules blancs du sang. Toutefois, je dois le reconnaître, à elle seule cette expérience serait insuffisante et ma conclusion, si rationnelle qu'elle fût, ne constituerait toujours qu'une hypothèse plus ou moins probable.

Voici maintenant, comme contre-épreuves, deux observations qui me paraissent corroborer mon opinion. Ces observations

portent sur deux malades de l'hôpital du Midi, dont voici l'histoire en deux mots : Le nommé Joseph A..., cordier, âgé de 41 ans, était entré le 20 janvier 1872, dans le service de M. le docteur Simonet, pour une adénite syphilitique de la région claviculaire dont il était atteint depuis dix-huit mois. Sorti non guéri, sur sa demande, il rentra de nouveau dans le même service, le 18 novembre 1873, avec la même affection, qu'il conserve encore. De plus, il présente actuellement une tumeur considérable avec suppuration de la région parotidienne, tuméfaction et suppuration des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. — *Anémie* profonde et *leucocytose* très-marquée; rate volumineuse. — Le malade se nourrit bien; alimentation substantielle. A l'examen du sang, j'ai trouvé 3,980,300 globules rouges, et 19,000 globules blancs. — La proportion des globules blancs et des globules rouges demeure sensiblement constante.

Le nommé Victor Bourg..., homme de peine, âgé de 23 ans, est entré le 14 janvier 1874, dans le service de M. le docteur Horteloup. Il contracta, au mois de juillet 1873, un chancre qui dura dix jours. A la suite, végétations préputiales disparues depuis; actuellement, pas de traces de vérole; adénite suppurée droite, composée de deux poches; un ganglion supérieur induré, très-volumineux; un inférieur, plus petit, ramolli. Il reste très-anémié, mais conserve un appétit excellent, et se nourrit aussi très-bien. L'examen du sang m'a donné 4,350,600 globules rouges et 23,300 globules blancs. Là encore le rapport reste à peu près constant.

Dans l'un et l'autre cas, malgré la suppuration qui est très-abondante, malgré l'anémie et la leucocytose concomitantes, le nombre des globules blancs, quelque considérable qu'il soit, est bien loin d'atteindre le chiffre vraiment prodigieux que l'on trouve chez le malade du service de M. Guyon, condamné par le fait de son rétrécissement, à une alimentation presque exclusivement végétale. Si j'ajoute encore à ces faits, l'expérience que j'ai faite tout récemment sur un lapin dont l'alimentation est aussi exclusivement végétale, et chez lequel j'ai trouvé 70,000 globules blancs par millimètre cube, je crois pouvoir être en droit d'affirmer que *l'alimentation purement végétale a une influence évidente sur la proportion des globules blancs du sang.*

C'est pourquoi il serait, je crois, fort intéressant d'étudier le sang de milliers de Russes qui, soumis aux préjugés de leur religion, s'abstiennent pendant une moitié de l'année, de toute nourriture animale.

Des observations du même genre avaient déjà été faites, mais dans aucune d'elles, on n'était arrivé à des résultats

aussi concluants. C'est que, en effet, les méthodes employées étaient loin d'atteindre au degré de perfection que réalise la méthode de M. Malassez, à laquelle l'auteur a bien voulu m'initier. Je me propose du reste de poursuivre ce sujet, et j'étudie en ce moment l'influence du mercure sur la quantité des globules du sang. Les résultats de ces recherches seront exposés ultérieurement.

15. Mémoire annuel; élections.

La Société adopte comme sujet du MÉMOIRE ANNUEL : *L'anatomie pathologique du Rein.*

Sont nommés membres de la *Commission* :

MM. CORNIL, *président*; COYNE; GRANCHER; LÉPINE.

Dans le cours de la séance ont été nommés membres *correspondants* :

MM. RIGABERT et WILBOUCHEVITCH.

Séance du 13 mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Mort de M. Cruveilhier.

M. LE PRÉSIDENT annonce, en ces termes, la mort de M. Cruveilhier :

« Personne d'entre vous n'ignore, Messieurs, que la Société anatomique est dans le deuil. J. Cruveilhier, notre illustre président, a succombé, il y a quelques jours, à une courte maladie.

» Cette perte sera vivement ressentie, non-seulement en France, mais dans le monde entier, par tous les hommes de notre science; elle ne sera ressentie nulle part aussi profondément que dans notre Société dont Cruveilhier, pendant de si longues années, a été l'âme.

» Le moment n'est pas venu, je le crois du moins, de prononcer l'éloge; on ne saurait aborder cette grande figure d'une main légère; la méditation et l'étude seront nécessaires à celui qui acceptera la tâche difficile de mettre en lumière l'une de nos gloires nationales les plus pures.

» Aussi vous proposerai-je, messieurs, de remettre à un temps suffisamment éloigné, la lecture de la notice que la Société anatomique doit consacrer à la mémoire de Cruveilhier. Je vous proposerai également, après lecture du procès-verbal, de lever la séance. »

Séance du 20 mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Epithéliome tubulé de la vulve, des grandes lèvres, de la peau du pubis et de la région inguinale, terminé par une cicatrisation très-étendue, par M. V. CORNIL, médecin des hôpitaux.

Dans le courant de décembre 1873, j'ai fait à l'hôpital de la Charité, l'autopsie d'une femme âgée, morte dans le service de clinique de M. BOUILLAUD, suppléé par M. BROUARDEL.

Cette femme qui succombait à une pyélo-néphrite suppurée avec de petits abcès dans le parenchyme rénal et une cystite, (ainsi que le montra l'autopsie), était entrée dans le service pour une affection ulcéreuse de la vulve et de la peau du pubis. L'utérus et ses annexes étaient normaux.

La peau du pubis, des grandes lèvres et des régions inguinales de chaque côté, jusqu'auprès de l'épine iliaque, est complètement glabre, lisse, d'un blanc mat comme un tissu de cicatrice, et on y voit des inégalités et des épaisissements partiels de la peau, qui la font ressembler au tissu cicatrisé d'une brûlure au second degré. Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est l'absence absolue de tout poil ou duvet, dans ces régions. Le bord de la cicatrice est irrégulièrement serpiginieux, mais sans présenter de festons ni d'ilots circulaires. Dans sa presque totalité, ce bord est simplement la limite entre la partie cicatrisée et déprimée et la peau normale, et il n'y a de bourrelet indiquant un travail morbide siégeant dans la peau voisine, qu'à la partie la plus interne de la région crurale. Là, en effet, on voit du côté de la peau, en contact avec la vulve et les liquides qui la baignaient pendant la vie, des végétations très-congestionnées, d'un aspect framboisé.

Au niveau de la cicatrice blanche, la peau recouverte d'un épiderme qui se continue sans interruption avec celui de la peau avoisinante, est mince et fibreuse. On peut, en la pinçant, apprécier cette minceur qui apparaît bien nettement

lorsqu'on a fait une section qui passe à la fois par la peau normale et par la portion cicatrisée. En regardant de près la surface de cette peau cicatrisée, on y reconnaît de petits grains durs, les uns de couleur noirâtre, les autres de couleur grise, et du volume de grains de millet ou plus petits; quelques-uns ont un point noir à leur centre. Ils sont recouverts par la couche épidermique qui est partout lisse, de telle sorte qu'on peut préjuger à l'œil nu, qu'il n'y a pas de papilles dans le chorion.

La vulve, et en particulier les petites lèvres, présentent une configuration irrégulière, des végétations et des bourgeonnements, mais sans ulcérations.

A la partie postérieure de la cuisse droite, au-dessous du pli fessier, il existe deux ulcérations profondes de la peau, assez voisines l'une de l'autre; l'une d'elles, la plus considérable a environ 6 centimètres dans son plus grand diamètre. Ces ulcères sont profonds, leur paroi est un peu tuméfiée, leur bord est taillé à pic et leur fond irrégulier est bourgeonnant, couvert d'un détritüs gris, caillebotté, plus épais, plus grumeleux que du pus.

A l'œil nu, cette lésion de la peau des régions inguinales, de la vulve et de la partie voisine de la peau de la cuisse, répondait très complètement à la description de l'*Esthiomène de la vulve*, donnée par Huguier. D'après cette description, on en aurait fait une forme d'esthiomène à la fois végétante et ulcéreuse, terminée sur la plus grande partie de son étendue, par une cicatrisation et une guérison complète. C'était par conséquent une occasion d'étudier histologiquement une lésion qui a été rangée, comme on le sait, dans le groupe mal déterminé encore des Lupus.

Voici ce que l'examen histologique nous a appris: La partie cicatrisée, étudiée à l'état frais le jour de l'autopsie, montre à la surface de la peau des couches de cellules épidermiques peu épaissies. La couche profonde qui correspond au réseau muqueux de Malpighi, montre par places du pigment brun ou noirâtre dans les cellules épithéliales, ainsi que cela a lieu souvent dans les cicatrices. Les petits grains grisâtres (voyez pl. 1, fig. 2, b) ou noirâtres signalés à l'œil nu, siègent au-dessous de cette couche dans le tissu conjonctif sous-épidermique (1). Ils sont formés par une accumulation de cellules épithéliales pavimenteuses, implantées sur la paroi d'une

(1) La figure 2 représente, à un faible grossissement, une coupe d'un de ces grains.

Fig. 1.

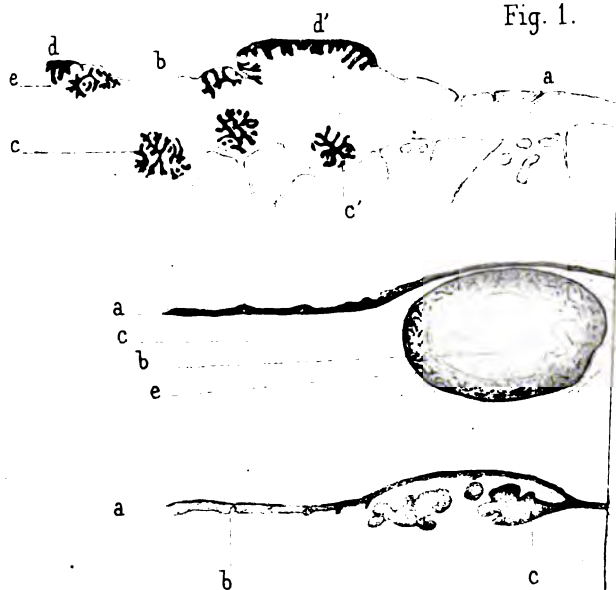


Fig. 7.

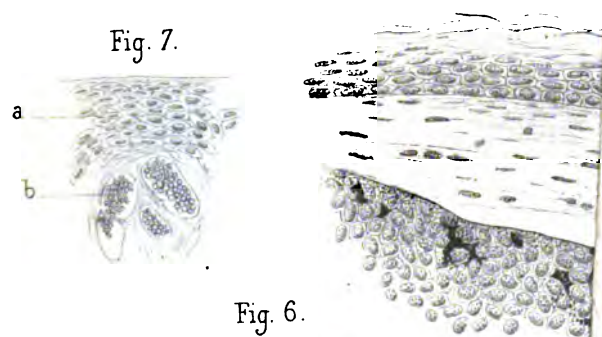
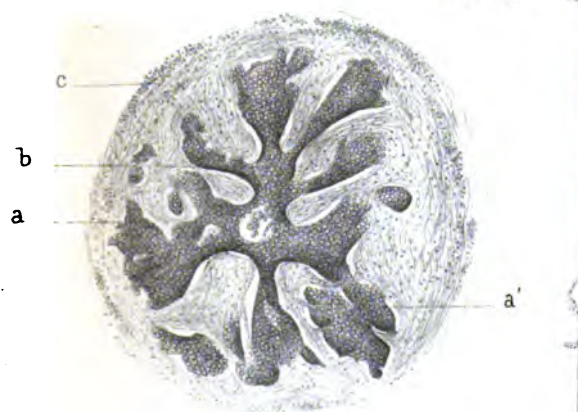


Fig. 6.



20000
 10000
 5000
 2000
 1000
 500
 200
 100
 50
 20
 10
 5
 2
 1
 0

cavité creusée au milieu du tissu conjonctif du derme (1). Les cellules les plus rapprochées de la paroi (*f*, fig. 4) sont habituellement pigmentées. Le pigment brun ou noir siège dans le protoplasma de la cellule autour du noyau. Ces cellules isolées montrent, en effet, des prolongements irréguliers de leur protoplasma, prolongements qui s'engrènent avec ceux provenant des cellules voisines; les granulations colorées siègent aussi dans ces prolongements. La forme des cellules (voyez fig. 5) est polyédrique (*a*, *d*, fig. 5), très-irrégulière, ou allongée avec deux prolongements très-longs (*b*), ou presque ronde (*c*, fig. 5). Le noyau est ovoïde, gros et facile à colorer par le carmin. Lorsque, sur une section suffisamment mince de ces nodules, on a coloré les noyaux par le carmin, on voit entre les noyaux des tractus pigmentés, qui ne sont autres que le protoplasma et ses prolongements remplis de pigment.

Après que la pièce eût été durcie par le séjour dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, on vit sur des sections minces perpendiculaires à la surface de la peau, que le corps papillaire était très-atrophié. Il est seulement représenté par quelques saillies irrégulières, distantes les unes des autres, généralement obliques et entre lesquelles s'insinue le revêtement épithélial (*b*, fig. 3); parfois deux ou trois de ces saillies apparaissent par places. Les couches de cellules qui représentent le corps muqueux et l'épiderme, sont beaucoup moins abondantes que sur la peau saine. Le derme est, de même que les rudiments des papilles, infiltré de cellules pour la plupart rondes et petites, interposées aux fibres du tissu cellulaire. Cependant, dans les points où le derme est le plus atrophié, les fibrilles de tissu conjonctif ont une direction parallèle à la surface de la peau, et il en est de même des fibres élastiques. Cette disposition est surtout très-marquée tout autour des îlots d'épithélium précédemment décrits (2). Là, en effet, le tissu conjonctif est aplati et très-serré autour de l'îlot; ses fibres sont parallèles à sa surface et elles sont séparées par des cellules plates dont on voit le noyau allongé et aplati, lorsqu'on examine une section mince du tissu.

Les îlots de cellules pavimenteuses sont sphériques pour la

(1) La figure 4 représente à un plus fort grossissement (350 diamètres), une partie du contenu *e*, *f*, d'une de ces cavités dont la paroi se voit en *e*, et qui se trouve placée au-dessous de la couche épidermique *a*, *b* et du derme *c*.

(2) Voyez en *c*, fig. 4,

plupart. Au centre de quelques-uns, nous avons vu des cellules cornées, aplaties et dans deux de nos préparations nous avons reconnu la coupe d'un poil qui était resté emprisonné dans ce kyste de rétention de cellules épidermiques. Plusieurs de ces flocs d'épithélium se continuaient directement avec la couche épidermique superficielle, par un goulot plus étroit entre deux papilles, dont l'espace de séparation était rempli de cellules pavimenteuses (1). Nous n'avons pas vu là de glandes sébacées reconnaissables à leurs culs de sac ni à leurs cellules graisseuses. Le chorion fibreux n'était pas très-épais ; à sa partie inférieure, à sa limite avec le tissu cellulo-adipeux, il existait des glomérules plus ou moins atrophies, mais encore reconnaissables, des glandes sudoripares caractérisées par les sections de tubes, constitués eux-mêmes par leur membrane d'enveloppe et leurs petites cellules. On pouvait suivre aussi le trajet des tubes sudoripares dans le derme jusqu'à la couche épidermique. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané n'était pas altéré. A la limite de la peau saine avec la cicatrice, il n'y avait pas de vestiges de production morbide quelconque.

Le résultat de l'examen de la partie cicatrisée de la peau peut donc se formuler ainsi : *Inflammation chronique ulcéreuse du derme*, terminée par une atrophie des papilles, la destruction des glandes sébacées et des follicules pileux qui ne sont plus représentés que par de petits kystes de rétention, contenant des cellules pavimenteuses et cornées, quelquefois même un fragment de poil ; intégrité complète du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il serait impossible de dire, d'après l'examen de la cicatrice, quelle a été la lésion primitive de la peau.

A la partie inférieure et interne de l'ulcère primitif, il y avait un rebord cutané végétant. Sur des sections de la peau dans cette partie, nous avons trouvé des papilles extrêmement hypertrophiées, divisées et subdivisées, couvertes par des couches de cellules qui se prolongeaient entre elles, mais qui ne s'enfonçaient pas plus loin que la limite superficielle du chorion. Il n'y avait là non plus, rien de caractéristique et qui différait d'une inflammation simple, donnant lieu à des végétations papillaires en forme de choux-fleurs. Dans toute la région papillaire et auprès d'elle, les vaisseaux étaient gorgés de sang et très-dilatés (2). Il y avait aussi de véritables ecchy-

(1) Voyez en c, fig. 3.

(2) La figure 7 montre une papille couverte de son épithélium a, et dont les vaisseaux b sont dilatés et remplis de sang.

moses des papilles, consistant dans une augmentation de grosseur des papilles, dont le tissu était infiltré de globules rouges.

L'examen des ulcères de la peau de la partie postérieure de la cuisse nous a, au contraire, donné un résultat des plus nets au point de vue de la nature de l'ulcération. Là il s'agissait d'un *épithéliome tubulé* aussi caractérisé que possible. Au bord de l'ulcération, au-dessous des couches épidermiques et papillaires encore intactes, on voyait des tubes arborisés siégeant dans le derme, partant le plus souvent d'un point commun et s'étendant en prolongements rayonnés, anastomosés les uns avec les autres. Ces lobules de l'épithéliome tubulé étaient généralement circulaires sur une surface de section ; ils étaient entourés par une zone de tissu conjonctif épaissi à fibres dirigées circulairement, c'est-à-dire parallèles à la limite du lobule (1).

Ils contenaient des cellules pavimenteuses, petites et munies de noyaux. Ces cellules, unies les unes avec les autres, pouvaient se détacher facilement du tissu conjonctif avec lequel elles étaient en contact, en sorte qu'on voyait souvent, sur les sections minces, la paroi fibreuse séparée du boyau épithélial. Il était facile alors de s'assurer que les cavités creusées dans le tissu conjonctif ne possédaient pas de membrane propre qu'on puisse comparer à une membrane de glandes. Mais, par contre, il y avait là, à la limite interne de ces cavités, une couche de cellules plates adhérentes au tissu conjonctif. Au-dessous et à côté de ces productions nouvelles, les glandes sudoripares montraient leurs glomérules normaux. Le tissu conjonctif du derme était, dans ces mêmes points, riche en éléments cellulaires ronds et petits. Dans la partie ulcérée, le fond de l'ulcère était constitué en l'absence d'épiderme et de papilles, par le tissu de la tumeur, tubes épithéliaux et tissu conjonctif embryonnaire : les boyaux d'épithélium versaient directement leur contenu sur la surface de l'ulcération.

Enfin, dans la partie centrale et la plus considérable de l'ulcère, il n'y avait plus que le tissu enflammé et suppurant du derme ; on ne trouvait plus les productions épithéliales ni les boyaux du cancroïde. Ainsi, sur une section comprenant toute l'étendue de l'ulcère et ses bords (2), on voyait la peau

(1) La figure 6 montre le dessus d'un de ces lobules dessiné à un grossissement de 60 diamètres.

(2) Voyez la fig. 1, dessinée à un grossissement de 6 diamètres.

normale présenter à mesure qu'on se rapprochait du bord de l'ulcère, une augmentation de grosseur de ses papilles *b*. Celles-ci présentaient des vaisseaux volumineux, et même dans quelques-unes, il y avait un épanchement de globules rouges du sang infiltré dans le tissu conjonctif lâche de la papille. Au niveau du bord saillant, les papilles et la couche épidermique étant intactes, il y avait des groupes de boyaux épithéliaux *e, e'*, dans la couche profonde du derme. Dans la partie ulcérée *a*, l'épiderme et la couche papillaire manquaient. Les boyaux d'épithélium *e, e'* existaient dans la profondeur et à la surface du tissu inflammatoire où ils venaient s'ouvrir. Mais dans la plus grande partie de l'ulcération, il n'y avait plus trace de boyaux épithéliaux. Dans un point de l'ulcère existait un flot saillant, entouré de toutes parts par l'ulcération et qui montrait l'épiderme *d'* à sa surface, et au-dessous la couche papillaire intacte et des productions morbides.

Nulle part la néoformation et la suppuration ne s'étaient étendues jusqu'au tissu cellulo-adipeux sous-cutané qui était respecté et formait la limite de la néoformation et de l'ulcération.

Nous croyons qu'il est impossible de ne pas admettre que la cicatrice ne résulte pas d'un processus semblable à celui de l'ulcère en voie d'évolution et qui, dans son centre, ne différerait pas d'un ulcère inflammatoire. Nous croyons, en un mot, qu'il s'agit d'un épithéliome tubulé considérable par son étendue en surface, très-limité par son étendue en profondeur et terminé sur sa plus grande surface par une cicatrisation définitive.

Si l'on compare ce fait avec la description à l'œil nu de l'esthiomène de Huguier, on voit qu'il y a similitude complète. On doit donc penser que les faits de Huguier sont variés au point de vue de l'analyse histologique et que l'épithéliome tubulé peut affecter le siège et l'apparence du syndrome esthiomène vulvaire.

Si l'on se reporte à la description du Lupus donnée par les auteurs, on verra que l'histologie du lupus n'est pas faite d'une façon définitive et que les uns, tels que Rindfleisch, ont trouvé des productions, épithélioïdes, tandis que d'autres n'ont rencontré qu'un tissu embryonnaire. Aussi est-il nécessaire de faire exactement l'analyse histologique de chaque cas en particulier. D'après le mémoire de Huguier, il existait dans le derme, dans plusieurs de ses cas d'esthiomène, des masses épithéliales (examen fait par M. Ch. Robin) ; mais les examens ayant été faits par la dissection et non à l'aide de coupes montrant le siège exact et la disposition de ces masses épithélia-

les, il est difficile de savoir à quelle variété de tumeurs épithéliales on avait affaire en pareil cas, et même on pourrait croire qu'il s'agissait de cellules du corps muqueux ou des glandes.

D'après l'observation qui précède, il est certain que l'épithéliome tubulé peut être assez superficiel, quoique très-étendu, pour guérir en laissant une cicatrice complète sur une portion considérable de la peau. Les particularités de structure qui se rattachent à cette cicatrice et à la tumeur en voie d'ulcération, nous ont paru assez importantes pour être publiées dans tous leurs détails; la partie ulcérée elle-même donne une preuve de la possibilité de la cicatrisation; car, le centre de l'ulcération ne diffère pas d'une plaie de bonne nature, et l'inflammation après la destruction et l'élimination des masses épithéliales ne s'étend pas au-delà du derme. M. le professeur Verneuil a insisté avec raison sur la gravité de ces tumeurs (adénomes sudoripares) moindre que celle des cancroïdes lobulés, et nous avons, il y a huit ans, observé M. Ranvier et moi, un épithéliome tubulé de la peau du pied enlevé par M. Richet, où il y avait des parties cicatrisées.

M. DEBOVE. Dans une clinique qui vient d'être publiée, Volkmann décrit, comme lésion du lupus, une infiltration du tissu conjonctif par des amas de globules blancs; j'ai, pour ma part, dans un cas de lupus, constaté une disposition analogue.

M. MALASSEZ. M. Vulpian a fait l'examen d'un cas de lupus; le résultat de cet examen est consigné dans les Bulletins de la Société. M. Monod a aussi, tout récemment, étudié un cas d'esthiomène de la vulve qui présentait les caractères de l'épithéliome tubulé. Ce fait sera publié plus tard.

18. Cancer généralisé. (*Os iliaque; Fémur droit; Colonne vertébrale; Rein droit*); par M. ORY, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent de l'autopsie d'une femme morte à l'hôpital de la Charité (service de M. TRÉLAT), dans un état de cachexie profonde. Entrée le 13 janvier avec tous les symptômes d'une arthrite rhumatismale de l'articulation de la hanche, cette malade, très-sourde, ne donnait que des renseignements fort incomplets.

Le début paraissait remonter au mois de juin 1873, et les progrès du mal semblaient avoir été rapides. Les mouvements

de la cuisse, diminués dans leur étendue, étaient douloureux ; la région de la hanche était le siège d'un empatement diffus, modéré. Bien que l'on eût à différentes reprises, constaté une fluctuation profonde, une ponction exploratrice faite un peu en avant du grand trochanter ne donna lieu à aucun écoulement de liquide. La rotation en dedans du membre inférieur, la douleur causée par les moindres mouvements provoqués, devenus bientôt les seuls possibles, l'empatement et l'œdème s'accusèrent après quelques jours. Puis la malade se plaignit de violentes douleurs lombaires et l'on put constater un gonflement douloureux de la partie latérale droite du thorax. La perte du sommeil et de l'appétit contribuèrent à augmenter rapidement l'amaigrissement et l'état de cachexie ; la malade mourut le 18 mars.

AUTOPSIE. Cancer encéphaloïde de la cavité cotyloïde de l'os iliaque, mais surtout de la branche horizontale du pubis et de la branche descendante de l'ischion ; ces deux derniers points ont perdu tout-à-fait l'apparence osseuse. Tête et col du fémur augmentés de volume et constitués par une coque parcheminée recouvrant le tissu cancéreux. Grand trochanter également hypertrophié avec coque osseuse conservée, mais très-friable. Troisième vertèbre lombaire, envahie par une production cancéreuse ayant atteint le volume d'une orange. A la partie moyenne de la septième côte, tumeur cancéreuse oblongue, mollassse, interrompant la côte dans une étendue de 40 centimètres environ. Enfin, masse de même aspect appendue à l'extrémité inférieure du rein droit. Quelques ganglions sont également envahis dans la partie droite du bassin et sur le côté correspondant de la colonne vertébrale.

M. TRÉLAT. Le fait que vient de présenter M. Ory est doublement intéressant. D'abord, en ce qui concerne la généralisation cancéreuse, nous voyons qu'elle a été très-marquée ; le rein, la colonne vertébrale, l'une des côtes présentent des lésions très-considérables ; il n'y a donc point eu seulement généralisation par propagation, mais aussi infection. Ce fait n'est pas moins intéressant à un autre point de vue, en raison des difficultés qu'a présentées le diagnostic de la tumeur primitive. La malade éprouvait une douleur limitée dans la région de la hanche, de la difficulté à exécuter certains mouvements. Mais, à côté de ces symptômes qui semblaient indiquer une affection articulaire, on remarquait aussi l'absence de déformation, une souplesse de l'articulation ; et, en somme, un défaut de concordance entre les symptômes. Ce défaut de concordance qui, dans le cas actuel, était très-frappant, me paraît avoir une grande importance : c'est un caractère qui

m'a servi plus d'une fois pour affirmer ou pour réserver un diagnostic.

19. Exostose sous-unguéale de l'index; par M. ORY, interne des hôpitaux.

Une jeune fille de 17 ans, employée dans une confiserie et bien portante habituellement, se présente dans le service de M. TRÉLAT, avec une tumeur développée récemment sans cause appréciable, à l'index de la main gauche; l'accroissement de cette tumeur s'est fait surtout depuis quatre mois. L'ongle normal dans sa moitié externe, présente en dedans une apparence feuilletée, lamelleuse; il est, en ce point, soulevé par une tuméfaction ayant le volume d'un gros pois; cette tuméfaction dure, résistante, sans apparence de fluctuation, est indolente, sauf lorsqu'on appuie fortement sur elle.

Malgré la rareté du fait, M. Trélat diagnostique une exostose sous-unguéale, et pratique l'opération réclamée par la malade. Il circonscrit la tumeur par deux incisions elliptiques; puis, dans le but de prévenir la récurrence, il enlève profondément, au moyen d'une rugine, le pédicule inséré sur la face supérieure de la phalange.

Voici le résultat de l'examen histologique fait par M. COYNE, au laboratoire de la Charité :

Le fragment détaché par M. Trélat au-dessous du point d'implantation de la tumeur, présente, à la coupe, la superposition suivante : A la face profonde, correspondant au point d'attache, tissu fibreux dense, serré, dans lequel les noyaux et les cellules plates interposés aux faisceaux conjonctifs sont ratatinés. Lorsqu'on se rapproche de la portion ossiforme et, par conséquent, des parties plus superficielles, on trouve que ce tissu présente les caractères d'une activité cellulaire plus grande; les noyaux y sont plus abondants, plus visibles. Dans tout le reste de la coupe, on constate les caractères d'un véritable tissu osseux : ostéoplastes imparfaits, mais cellules disposées en séries concentriques, formant des lamelles qui entourent les canaux de Havers, où se trouvent des vaisseaux et de la moelle adipeuse. Par places, surtout à la limite de ce tissu et de la couche fibreuse, de grandes anfractuosités remplies également de moelle adipeuse sont limitées par des travées osseuses assez irrégulières.

La tumeur est bien un *ostéome*. Elle provient du périoste et non de l'os lui-même.

M. TRÉLAT. Les exostoses sous-unguéales sont surtout fréquentes chez les jeunes filles; mais, dans l'immense majo-

rité des cas, elles occupent le pied et plus particulièrement le gros orteil ; elles sont, au contraire, très-rares à la main, et je ne crois pas qu'il en existe plus de deux observations. Ces faits sont toutefois suffisants pour qu'on ne puisse, comme on le fait en général, attribuer cette lésion à l'influence du frottement ; du reste, un interrogatoire minutieux ne permet pas d'admettre une cause traumatique pour le cas actuel.

MM. Cornil et Ranvier ont écrit (1) que ces tumeurs, désignées sous le nom d'exostoses, ne sont pas formées par du tissu osseux véritable, mais je ne puis accepter cette opinion. Dans un fait que j'ai étudié autrefois, j'avais vu des lamelles concentriques avec des ostéoplastes, et dans la pièce qui vient de vous être présentée, M. Coyne a pu constater de la façon la plus nette l'existence du tissu osseux ; aussi, jusqu'à plus ample informé, je persiste à croire que ces tumeurs sont, en partie du moins, constituées par du tissu osseux. L'étude des connexions qu'elles présentent avec les parties voisines, est fort intéressante à plusieurs points de vue. On a pensé que ces petites tumeurs constituaient une lésion très-redoutable, qu'elles récidivaient souvent, et quelques chirurgiens leur ont appliqué des procédés opératoires dont l'un des plus modérés consiste dans l'amputation de la phalange. Or, dans les trois cas que j'ai observés, j'ai été frappé de voir que ces petites tumeurs s'enlèvent très-facilement si l'on va jusqu'au pédicule qui les relie à l'os ; dans l'un de ces faits, la production se détacha au moment où, avec le doigt, je cherchais à l'ébranler.

Si l'on examine avec soin ces exostoses sous-unguéales, on voit, en effet, qu'elles se terminent par une extrémité conique, laquelle est séparée de la phalange par un tissu blanc, que j'avais bien remarqué sur le premier cas que j'ai observé, mais dont je n'avais pu déterminer la nature ; or, ce tissu blanc n'est autre chose que le périoste ; de sorte que ces tumeurs se développent à la face externe du périoste ; ce sont, en réalité, des *exostoses sus-périostales*. Ce fait nous explique comment ces tumeurs sont, en somme, faciles à enlever, et de plus, il nous montre que si, avec la tumeur, on prend soin

(1) Manuel d'histologie pathologique.

de détruire le périoste, il y a de grandes chances pour qu'elle ne se reproduise pas.

Sur les trois cas que j'ai opérés, il y a eu deux guérisons définitives ; quant à la troisième malade, elle est encore en observation, et jusqu'à présent il n'y a pas de menaces de récurrence.

M. CORNIL. L'opinion émise dans le traité qui m'est commun avec M. Ranvier est, en effet, un peu trop absolue ; j'ai moi-même, dans un cas analogue, observé du tissu osseux.

20. Ostéo-myélite du fémur ; fracture spontanée ; par
M. MARCANO, interne des hôpitaux.

P., âgé de 15 ans, entre, le 26 février 1874, à la Pitié (service de M. VERNEUIL). La maladie qui l'amène à l'hôpital commença le 17 janvier par des douleurs à l'extrémité inférieure du fémur gauche, et fut d'abord prise par un médecin pour une attaque de rhumatisme articulaire. Malgré le traitement, le mal fit des progrès et l'enfant dut entrer à l'hôpital.

A ce moment, voici ce que l'on constate : Douleur et rougeur au niveau de la jointure ; l'articulation est très-enflée et œdématisée, mais il est impossible de dire s'il y a du pus ; fièvre intense. On passe un tube à drainage ; il sort beaucoup de pus du foyer.

Depuis ce moment, le malade commence à maigrir, à s'affaiblir, et présente tous les symptômes de la septicémie. Enfin, le 7 mars, il meurt dans un état d'épuisement considérable.

AUTOPSIE. Infiltration purulente des deux tiers inférieurs ; de la cuisse. Fracture spontanée du fémur à son tiers inférieur, elle s'est très-probablement produite quand on a transporté le sujet à l'amphithéâtre ; en effet, il n'y a pas de sang dans le foyer de la fracture.

L'articulation du genou présente, à sa partie postérieure, une petite perforation communiquant avec le foyer ; arthrite. Les cartilages sont ulcérés par places, mais conservés dans leur totalité. Caillot obstruant la veine poplitée et remontant dans la veine fémorale.

En faisant une coupe longitudinale du fémur, on constate que le cartilage épiphysaire est intact ; le fémur est atteint d'ostéo-myélite plus prononcée dans la substance spongieuse qui, par places, est complètement résorbée et contient des collections purulentes. Ces altérations s'arrêtent au niveau du cartilage épiphysaire. Ce n'était donc pas une ostéite épiphysaire comme on l'avait cru pendant la vie. Le périoste

est intact et il n'y a pas d'ostéophytes. — Les viscères présentent les lésions de l'infection purulente.

21. Kyste hydatique du rein gauche; par M. E. LAGET, interne des hôpitaux de Paris.

Regnault, Alexandre, âgé de 60 ans, entre le 5 janvier 1874, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital Saint-Antoine (Salle Saint-Lazare n° 16), pour des accidents pulmonaires. Il a eu, dit-il, une bronchite très-grave il y a dix ans, et, depuis ce temps, n'a pas cessé de tousser. L'auscultation fait constater l'existence de cavités dans le poumon droit. (On trouva plus tard, en effet, à l'autopsie, de la pneumonie chronique de ce côté avec dilatation cylindrique uniforme des bronches).

En même temps, on découvre dans l'hypochondre gauche une tumeur qui, malgré son volume, n'avait point encore été remarquée par le malade. Du reste, il n'a jamais eu de douleurs dans cette région, jamais de phénomènes gastriques, ni d'ictère, jamais non plus d'accès fébriles intermittents. L'urine a toujours été normale, au dire du malade; et l'examen que l'on en fait au moment de l'entrée, ne révèle aucune altération (pas d'examen microscopique).

L'existence de cette tumeur doit être déjà ancienne; en effet, les fausses côtes du côté gauche sont déjetées en dehors et comme étalées sur la tumeur. Celle-ci les dépasse à la partie inférieure de deux travers de doigt et remonte en haut jusqu'au niveau de la huitième côte: en dedans, elle a envahi le creux épigastrique jusqu'un peu au-delà de la ligne médiane. Elle est absolument mate dans toute son étendue, ne présente pas de fluctuation appréciable et n'offre pas d'inégalités à sa surface. A la partie interne, sa consistance paraît plus considérable que dans le reste de son étendue: on sent là une plaque dure, comme cartilagineuse. Cette tumeur suit les mouvements du diaphragme. Le malade est emporté le 18 mars par les progrès de son affection pulmonaire.

L'AUTOPSIE montre que le rein gauche a été le point de départ de la tumeur abdominale. Celle-ci est en rapport surtout avec la rate qu'elle a repoussée en haut, et le colon descendant qui est intimement appliqué sur sa face antérieure où il s'est creusé une gouttière.

La tumeur offre une forme à peu près sphérique: sa circonférence transversale est de 60 centimètres, la verticale en mesure 70. Sa surface est unie, sans bosselures, si ce n'est à la partie supérieure où elle présente une lobulisation correspondant aux petits kystes dont il sera parlé plus bas. L'in-

cision de la tumeur laisse échapper une quantité considérable de vésicules hydatiques pressées les unes contre les autres : la présence d'échinocoques et de crochets libres dans le liquide que contenait le kyste a été constatée au microscope. Le poids de la poche vidée est de 975 grammes. Celle-ci est constituée par un grand kyste d'une capacité de près de trois litres ; ce kyste est surmonté par d'autres beaucoup plus petits ; puisque, réunis, ils ne pourraient pas contenir plus de 250 grammes de liquide. Ils communiquent tous entre eux et un seul orifice fait communiquer le système des petits kystes avec le grand. La nature et la consistance de la paroi varient du reste beaucoup suivant les points où on la considère : la partie qui enveloppe le grand kyste est très-épaisse dans toute son étendue et parsemée de plaques d'une dureté cartilagineuse ; la poche des petits kystes, au contraire, est seulement constituée par un tissu fibreux d'une faible épaisseur.

L'uretère, demeuré perméable, a conservé ses dimensions normales ; après un trajet de quelques centimètres le long de la poche, il vient s'ouvrir dans le grand kyste par un orifice taillé en biseau, à dix centimètres du point d'abouchement des petits kystes ; dans tout l'espace qui sépare ces deux orifices, se voit une gouttière creusée à la face interne de la poche et qui paraît n'être autre chose que la continuation du trajet de l'uretère.

Quant à la substance rénale, ce n'est pas sans peine qu'on en retrouve des traces, elle est atrophiée et comme étalée, comprimée entre les petits kystes et le grand.

Le rein du côté droit est augmenté de volume. Les autres organes ne renferment aucun kyste analogue à ceux qui viennent d'être décrits.

Ce fait n'est pas seulement intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique ; il a présenté des difficultés de diagnostic très-spéciales, sur lesquelles je n'insiste pas : car elles doivent être développées par M. Dumontpallier à la *Société de Biologie* (séance du 21 mars), et à la *Société Médicale des Hôpitaux* (séance du 27 mars).

M. LONGUET. J'ai présenté à la fin de 1872, un kyste du rein gauche qui avait été pris pour un kyste de l'ovaire.

22. Lésions cardiaques dans la diphtérie. (*Végétations de l'endocarde ; Thrombose cardiaque ; Infarctus pulmonaires*), par M. STOIANSCO, interne des hôpitaux.

Bulkault Joséphine, âgée de 3 ans, est amenée, atteinte de croup à la troisième période, le 4 mars 1874, à l'hôpital des

Enfants-Malades, salle Ste-Catherine, n° 1 (service de M. Bouchut). Cette enfant, très-grasse, d'une très-bonne santé, a été prise; il y a 8 jours, d'un mal de gorge avec courbature, un peu de fièvre, et inappétence. Les parents l'ont fait vomir trois fois chez eux. L'enfant avant d'entrer dans le service a eu plusieurs accès de suffocation.

Au moment de l'entrée, on constate un tirage considérable; la face est cyanosée, la voix éteinte; il existe une anesthésie presque complète. — La trachéotomie est faite sur-le-champ, l'enfant rend pendant et après l'opération plusieurs fausses membranes.

5 Mars. A la visite du matin on trouve l'enfant gaie, sans râles dans la poitrine; le murmure vésiculaire se fait avec son ampleur normale. Elle mange et digère bien, sans diarrhée. Pas d'albumine dans les urines. La canule est blanche, la plaie en très-bon état. Temp. 39°, 6. — Le soir, aucun changement, T. 40°; P. 180; R. 80. Le même état se maintient pendant trois jours.

6 Mars. T. 39°, 4. — Soir, T. 39°, 2; P. 148; R. 82.

7 Mars. T. 39°. — Soir, T. 39°, 2; P. 158; R. 76.

8 Mars. T. 39°. — Soir, T. 39°, 2; P. 160; R. 80.

9 Mars. L'enfant est agitée; sur la plaie, on remarque un commencement de phagédénisme. Par la canule, qui est devenue noire, sont rejetées en abondance des mucosités fluides sans consistance, d'un gris sale. Le murmure vésiculaire paraît un peu rude, mais il n'y a pas de râles ni de souffle. L'appétit est conservé; pas de diarrhée; pas d'albuminurie. T. 38°, 2. Soir, T. 38°, 6; P. 160; R. 60.

Cet état dure deux jours environ. La plaie reprend un bon aspect (on la touche avec une solution d'acide phénique au centième).

10 Mars. T. 38°, . Soir, T. 38°, 1; P. 160; R. 52.

11 Mars. T. 38°, 9. Soir, T. 39°, 5; P. 160; R. 60.

12 Mars. T. 38°. Soir. On trouve l'enfant avec beaucoup de fièvre, la respiration est très-gênée. Aucun signe stéthoscopique bien manifeste; le murmure vésiculaire paraît plus rude à gauche et en arrière. La plaie est belle. Les mucosités sont toujours très-abondantes et gardent les mêmes caractères. L'enfant mange bien, pas de diarrhée; pas d'albuminurie. T. 40°, 3; P. 160; R. 80.

13 Mars. Aucun changement dans les signes stéthoscopiques. T. 39°. Soir, T. 39°, 9; P. 160; R. 64.

14 Mars. Amélioration très-manifeste; — la respiration se fait avec régularité et une amplitude normale. T. 37°, 6. Soir, T. 37°, 7; P. 148; R. 45. L'enfant ne peut pas se passer de sa canule.

15 *Mars*. Même état. T. 37°. *Soir*, T. 40°; P. 148; R. 60.

16 *Mars*. La fièvre qui déjà hier soir était très-forte, est intense. T. 41°,4; vomissements alimentaires. La plaie a un très-bon aspect, les matières rejetées par la canule sont très-abondantes, purulentes, mal liées; dans la journée, un peu de sang est sorti par la canule (indice probable d'une *ulcération de la trachée*). La pommelle *gauche* est très-rouge; l'enfant a la respiration difficile, embarrassée et fréquente; à la percussion, on trouve un peu de matité en arrière du côté *droit*.

Le soir, on entend en plus quelques râles sous-crépitaux des deux côtés en arrière. T. 40°,6; P. 140; R. 64.

17 *Mars*. Même état; les aliments reviennent par le nez (*paralysie du voile du palais*). T. 40°,4. *Soir*, T. 40°,6; P. 160; R. 76.

18 *Mars*. Etat général plus mauvais. Il y a du souffle des deux côtés en arrière aux sommets, des râles sous-crépitaux nombreux vers les parties inférieures. La face est plombée, sauf la pommelle gauche qui est toujours rouge. Une tache d'infarctus sur la face antérieure de la jambe gauche. Anorexie, diarrhée abondante; pas d'albuminurie. T. 40°,4. *Soir*, T. 40°,9; P. 184 (il est fort, bondissant, régulier). R. 66.

L'état grave continue et l'enfant succombe le 19 *mars* dans la journée.

AUTOPSIE. Vingt heures après la mort.

Les deux poumons présentent des lésions semblables, mais plus marquées à droite qu'à gauche. A *droite*, il y a un peu d'épanchement dans la plèvre et cette séreuse sur le lobe inférieur est çà et là couverte de fausses membranes jaunâtres, sales, assez épaisses, qui unissent les lobes entre eux et créent quelques adhérences avec la paroi costale. Le poumon est lourd, dur, résistant, non crépitant, marbré de taches noires ou grises, entourées d'une zone rouge, inflammatoire. Ces taches noires correspondent à des noyaux durs placés superficiellement ou profondément dans le tissu, et les taches grises correspondent à des portions ramollies, fluctuantes. Les noyaux noirs sont formés par l'infiltration apoplectique du tissu pulmonaire au milieu d'un tissu rouge, livide, congestionné, non crépitant, et ils varient de volume d'un grain de chènevis au volume d'un gros pois; quelques-uns offrent au centre une partie grisâtre d'infiltration purulente. Les taches grises, fluctuantes, forment des cavités qui varient du volume d'un pois au volume d'une noisette, et ces cavités sont remplies de pus sanieux, mélangé à un débris cellulaires de tissu pulmonaire mortifié, mais sans odeur bien caractéristique de gangrène. Autour de ces abcès, il y a une zone rouge d'inflammation pulmonaire large de quelques millimètres. Il n'y a

d'abcès que dans le lobe inférieur, et dans les supérieurs on ne trouve que de la pneumonie lobulaire et des infarctus apoplectiques.

A *gauche*, le poumon présente des lésions semblables; la plèvre est couverte d'un exsudat grisâtre; dans le lobe supérieur criblé de noyaux apoplectiques et dans le lobe inférieur, à côté de ces noyaux, il y a aussi quelques abcès bien formés, que M. Bouchut considère comme métastatiques.

La *trachée* est très-rouge à l'intérieur et offre au-dessous de l'ouverture de sa face antérieure une ulcération profonde, longue de trois centimètres environ, occupant à peu près les deux tiers de sa circonférence. Cette ulcération résulte de la pression exercée par la canule.

Le *cœur* offre à gauche sur les valvules mitrale et aortique les lésions-types, que MM. Bouchut et Labadie-Lagrave ont décrites sous le nom d'*endocardite végétante*; dans les cavités une thrombose fibrineuse ancienne, caséeuse dans le ventricule et ambrée dans l'oreillette. Le bord de la valvule est rouge, épais, saillant, très-granuleux et les valvules sigmoïdes sont épaisses, d'un rouge noirâtre foncé; au-dessus, dans l'aorte, il y a trois plaques rouges au milieu desquelles sont des grains blanchâtres d'athérome. A droite il y a également un bourrelet rouge, épais, d'endocardite végétante sur la valvule tricuspide et une thrombose ventriculaire assez ancienne.

Le foie très-volumineux, commence à subir la dégénérescence graisseuse. Rien dans les reins ni dans la rate. *Pas d'infarctus*.

M. PARROT. Les lésions du poumon que nous voyons ici me paraissent se rapporter à la pneumonie et non point à des infarctus, et sur les valvules du cœur je ne retrouve pas non plus les caractères de l'endocardite. Lorsque, il y a deux ans, MM. Bouchut et Labadie-Lagrave avancèrent que l'on trouvait presque toujours dans la diphthérie des lésions cardiaques, je n'avais rien constaté de semblable jusqu'alors; depuis cette époque, j'ai étudié ce sujet avec beaucoup de soin. Les résultats de mes recherches seront prochainement publiés dans tous leurs détails; mais en attendant, voici en résumé ce que j'ai observé.

Depuis deux ans, j'ai pu examiner à ce point de vue 24 cas de diphthérie: et je n'ai dans aucun de ces cas, trouvé de véritables lésions cardiaques ni pulmonaires. J'ai souvent, il est vrai, constaté sur le bord des valvules des mamelons plus ou

moins développés, mais je les ai observés tout aussi souvent chez des enfants morts à la suite de pneumonie, de bronchite capillaire, de rougeole, etc. Ces mamelons, toujours parfaitement lisses, demi-transparents, font corps avec la valvule dont on ne peut les détacher; ils sont développés dans la couche de cellules plates de l'endocarde et font saillie surtout du côté de la cavité ventriculaire. Ces lésions, ou plutôt ces *demi-lésions* n'ont point les caractères des lésions inflammatoires et ne peuvent être rapportées à une endocardite; il est certain, d'ailleurs, qu'elles n'ont pu se développer en quelques jours: mais elles représentent les vestiges de petits *hématomas* développés dans les valvules, d'une façon en quelque sorte physiologique, pendant la vie intra-utérine.

En résumé, je crois que MM. Bouchut et Labadie-Lagrave s'en sont laissé imposer par une disposition très-ordinaire, sinon constante. Je dois ajouter que, leurs autopsies ayant été faites en été, assez longtemps après la mort, il a pu y avoir une sorte d'imbibition cadavérique des hémato-nodules, imbibition qui suffit à expliquer leur coloration rouge.

M. SANNÉ. J'ai, un grand nombre de fois, examiné le cœur d'enfants morts de diphthérie; je n'ai jamais non plus trouvé de lésions spéciales.

M. HOMOLLE. Sur plus de 70 enfants atteints de diphthérie que j'ai observés l'année dernière, je n'ai constaté que trois fois l'existence d'un souffle cardiaque; chez l'un des malades, le bruit systolique, doux, siégeait à la base et disparut rapidement; il persista chez les deux autres après la guérison. L'un de ces enfants avait une angine diphthérique consécutive à une scarlatine; chez le dernier la diphthérie paraissait être primitive. Dans trois autopsies seulement, j'ai rencontré de petites végétations miliaires isolées ou groupées; deux des enfants venaient d'avoir la scarlatine, le troisième avait une pleurésie purulente. Ces faits me paraissent établir que l'endocardite vraie dans les cas de diphthérie primitive doit être excessivement rare.

L'importance de l'imbibition sur la production des mamelons valvulaires me paraît fort importante; il est arrivé plusieurs fois qu'à l'autopsie nous ne trouvions aucun épaissement des valvules, mais on le constatait le lendemain ou le surlendemain, après que les pièces avaient macéré.

Il est une autre altération qui existe souvent dans la diphthérie et qui a une importance réelle. Je veux parler de l'état

graisseux du cœur auquel il faut, je crois, rapporter les phénomènes de collapsus que l'on observe dans la diphthérie et que M. Robinson Beverley attribue à la thrombose cardiaque. Celle-ci est elle-même consécutive à la stéatose du myocarde.

23. Lésion traumatique du crâne. Méningo-encéphalite tardive; Absès du cerveau. Pleurésie purulente, par M. HARTZ, interne des hôpitaux.

R. François, âgé de 10 ans, fut apporté sur un brancard à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Côme, n° 28 (service de M. DE SAINT-GERMAIN), le 16 février au soir. Cet enfant avait été, quelques instants auparavant, renversé par une voiture.

Sur le côté gauche de la tête, depuis la région occipitale jusqu'à la région frontale, existait une plaie contuse du cuir chevelu; l'os était à nu dans une étendue de 3 à 4 cent., et ne présentait pas trace de fracture. Il n'y avait pas d'hémorrhagie par le nez, ni par le conduit auditif externe. L'état général était satisfaisant, l'intelligence nette. La plaie fut réunie par trois points de suture et pansée simplement.

Les *jours suivants*, une suppuration abondante décolla le cuir chevelu dans une certaine étendue, mais ce décollement fut bientôt arrêté par un bandage compressif. En avant, la plaie bourgeonnait et le frontal dénudé commençait à se recouvrir.

La guérison paraissait assurée, quand subitement, *le 6 mars au soir* (18 jours après l'accident), l'enfant fut pris de vomissements qui se répétèrent plusieurs fois jusqu'au lendemain. En même temps il se plaignit de céphalalgie persistante limitée à gauche. L'appétit et le sommeil disparurent. La température monta à 39°. Ce changement brusque dans l'état général coïncida avec des phénomènes locaux tout aussi subits. La plaie se dessêcha et, malgré l'application de sangsues et de cataplasmes, resta dans le même état jusqu'à la mort.

En présence de ces symptômes, M. de Saint-Germain émit l'opinion d'une méningo-encéphalite tardive qui se produisait sans doute sous l'influence de l'élimination d'un séquestre.

Le 7 et le 8 mars, le malade resta dans un état de somnolence très-prononcée sans présenter de troubles de la mobilité et de la sensibilité. Il répondait avec lucidité aux questions qu'on lui adressait. Tous les jours suivants, les mêmes phénomènes de dépression persistèrent; la température oscillait

du matin au soir de 39° à 40°,5. Enfin le 16 mars au matin, le malade succomba.

AUTOPSIE. Nous trouvâmes au-dessous du point contus, au niveau de la bosse frontale gauche, un petit cercle d'élimination circonscrivant un séquestre de la table interne, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, et au niveau du séquestre, des traces de méningite localisée; la pie-mère ne s'enlevait qu'avec des débris de la substance corticale des circonvolutions. Le lobe frontal gauche était creusé par une collection purulente de la grosseur d'une noix. Rien dans les ventricules du cerveau.

A l'ouverture du *thorax* nous trouvons à droite un épanchement purulent que l'on peut évaluer à un demi-litre environ. Rien dans les organes abdominaux.

RÉFLEXIONS. Plusieurs points me paraissent intéressants dans cette observation. Je signale d'abord la méningo-encéphalite se développant tardivement, alors que la guérison paraissait certaine. Le volume de l'abcès, relativement considérable, est aussi digne d'être noté. Enfin la co-existence d'une pleurésie purulente à droite et d'une lésion cérébrale à gauche, rapproche ce fait des cas observés par M. Charcot et M. Ollivier.

24. Périostite phlegmoneuse diffuse; Endocardite ulcéreuse,
par M. E. HIRTZ, interne des hôpitaux.

Marie Roche, âgée de 8 ans, entre à l'hôpital le 14 mars, salle Sainte-Pauline, lit n° 8 (service de M. DE SAINT-GERMAIN). Cette enfant, sans avoir présenté de maladie antérieure, fut prise, il y a cinq ans, de douleurs vives dans la cuisse gauche et fut forcée de s'aliter. Un abcès se forma, qui fut ouvert et guérit au bout de 15 jours, en laissant une cicatrice que nous retrouvons.

Le 10 mars, dans la journée, elle fut prise subitement d'un violent mal de tête. Le soir même elle eut du délire qui n'a jamais cessé depuis ce moment. En même temps, la cuisse gauche se tuméfia et devint douloureuse.

Le 14 mars. La malade est dans un état de grande agitation. Décubitus dorsal; yeux fixes; terreurs subites; carphologie. La langue est rouge sur les bords, blanche au milieu; les lèvres sont fuligineuses. Rien à l'auscultation des poumons. Battements du cœur très-précipités. Tuméfaction de la cuisse gauche qui est douloureuse à la palpation.

En face de cet état général grave, et considérant surtout l'é-

tat local. M. de Saint-Germain diagnostique une périostite phlegmoneuse diffuse et pratique une incision profonde par laquelle s'écoule seulement du sang et un peu de pus.

15 mars. T. 38°. — Soir, T. 40°.

16 mars. Même état typhoïde; délire continu. T. 38°, 4. Soir, T. 40°, 8. — La malade meurt dans cet état ataxo-adynamique, le 17 mars au matin.

AUTOPSIE. On trouve le périoste épais et décollé dans toute la partie inférieure du fémur. La surface de l'os est rugueuse, recouverte de stalactites osseuses et d'une légère couche de pus. Sur une coupe longitudinale, on trouve des îlots d'ostéomyélite.

Les *méninges* sont fortement congestionnées. Dans le poumon gauche un petit *infarctus* de la grosseur d'une noisette, occupant le lobe inférieur.

Rien dans le cœur droit; mais dans le cœur gauche, au-dessous des valvules sigmoïdes aortiques, sur la paroi ventriculaire, trois petites ulcérations grisâtres entourées d'une zone rouge, lésions probables d'endocardite ulcéreuse que nous avons prises un moment pour des traces d'infarctus; endocardite ulcéreuse intéressante à signaler dans le cours de cette périostite phlegmoneuse diffuse du fémur.

25. Entérite pseudo-membraneuse, par M. RAYNAUD, médecin des hôpitaux.

Les fragments que je présente à la Société ont été rendus par une femme de 60 ans atteinte d'affection cardiaque sans que cette femme, à ce moment, ressentit de coliques. Dans les cas de ce genre, et en particulier dans ceux qui font l'objet du mémoire de M. Siredey, les malades avaient presque toujours éprouvé des douleurs très-vives, parfois comparables à celles de l'accouchement; mais sous les autres rapports, tous ces faits sont absolument semblables. L'un des fragments rendu dans le cas actuel présentait une longueur d'un mètre environ et aurait pu être confondu avec un ténia. Il a la forme d'un cylindre creux, mais se termine à ses extrémités par une membrane étalée, comme il est facile de le voir, en examinant la pièce sous l'eau; son diamètre extérieur est à peu près de 4 cent., son diamètre intérieur de 5 millimètres environ; il est constitué par une substance molle et représente assez bien dans son ensemble, un tube de macaroni très cuit.

Au microscope, on peut constater l'existence de trainées de mucine et de leucocytes en quantité considérable.

En fait, c'est du mucus intestinal concrété sous une forme spéciale; mais pourquoi cette forme singulière? On dirait que

cette substance a été passée à la filière ; cependant, il n'y a chez cette femme aucun signe de rétrécissement de l'intestin et l'on n'expliquerait point par cette hypothèse la disposition canaliculée ; il me semble plus rationnel d'admettre qu'elle résulte de la production d'une couche de mucus à la face interne de l'intestin et que cette couche de mucus se détachant ensuite, s'est enroulée en cylindre sous l'influence de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques ; mais je me demande encore pourquoi ce cylindre est si étroit.

M. DEBOVE. Les fragments que j'ai examinés m'ont paru entièrement formés par du mucus. Voici l'hypothèse qui me semble la plus probable. Le mucus tapisse tout l'intestin et forme ainsi un tube ; puis ce tube se détache, et se rétractant progressivement, arrive à présenter le petit calibre qu'on observe en ce moment.

M. RAYNAUD. Il me semble bien difficile d'admettre que la rétraction puisse être aussi prononcée. Du reste, je ne tiens pas autrement à la théorie que j'ai proposée ; et si je l'ai émise c'est seulement à titre d'hypothèse et dans le but d'en provoquer d'autres.

M. CARVILLE. J'ai souvent eu l'occasion, dans des expériences sur les animaux, d'observer les mouvements péristaltiques mais je n'ai jamais vu de mouvements de l'intestin qui puissent produire une rotation analogue à ce que suppose M. Raynaud.

M. LEGROUX. M. Ledentu a présenté, en 1868, un fait semblable à celui de M. Raynaud.

26. Disjonctions multiples des os de la face chez un fœtus
(Présentation de la face avec procidence d'un bras et du cordon ; Thrombus de la vulve; Rupture de l'utérus.), par M. CH. H. PETIT, interne des hôpitaux.

Le 9 Mars, à 4 heures du matin, on amenait à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marguerite, n° 1, (service de M. PÉTER), une femme de 28 ans, en mal d'enfant ; un billet portait les renseignements suivants, fournis par le médecin qui l'assistait en ville : *Présentation de la face; Procidence du bras et du cordon; Thrombus de la vulve développé avant toute manœuvre; Version ou forceps impossibles.* La malade était bien à terme ; elle était accouchée une première fois, il y a 3 ou 4 ans, sans aucun accident. Elle avait commencé à sentir quelques petites

douleurs la veille au matin, mais le travail ne s'était franchement déclaré qu'à 8 heures du soir.

Le ventre est très-douloureux; l'utérus forme une saillie considérable en avant et à gauche; on sent sur sa partie latérale droite, une sorte de bride résistante étendue de son angle supérieur vers la fosse iliaque droite. La grande lèvre gauche est le siège d'un épanchement sanguin abondant; la tumeur ainsi formée atteint un volume égal à peu près à la moitié d'une tête de fœtus à terme; elle n'est pas très-tendue, et présente une consistance mollassse. Elle déborde notablement la ligne médiane à droite, de manière à reporter de ce côté l'orifice vulvaire en le rétrécissant. En arrière, elle se perd insensiblement sur le périnée, dont elle dépasse un peu la ligne médiane; en haut, elle se prolonge sur la partie latérale droite du pubis. Sa surface offre, dans la plus grande partie de son étendue, correspondante à la face muqueuse, une coloration d'un noir violacé et un aspect luisant; sur la face cutanée, il n'y a qu'une teinte ecchymotique qui s'atténue peu à peu à mesure qu'on se rapproche du pli génito-crural. La petite lèvre n'est plus représentée que par un léger repli traversant obliquement la partie supérieure de la tumeur. Vers l'extrémité postérieure de la tumeur existe une excoriation de forme allongée.

Le toucher, pratiqué avec les plus grands ménagements, ne nous permet de constater que la procidence d'une main; nous sentons à côté un corps mollassse, lisse, dont nous ne pouvons préciser facilement la nature; nous ne voulons pas d'ailleurs pousser plus loin, dans un simple but de diagnostic, un examen dangereux, et nous faisons aussitôt prévenir un accoucheur.

Les extrémités sont notablement refroidies; la malade est pâle, presque sans pouls; elle a perdu beaucoup de sang chez elle. Son mari nous apprend dans la journée qu'on avait fait pendant la nuit, sans résultat, plusieurs tentatives d'application de forceps; d'après les renseignements écrits du médecin, ces tentatives ont été postérieures à l'apparition du thrombus.

M. Chantreuil arrive près de la malade à 8 heures du matin. Il constate la présentation de la face flanquée d'un bras, à travers un col qui présente un diamètre de 3 travers de doigt à peine. Il réduit le bras procident et conseille d'attendre, l'intervention étant encore impossible actuellement, et l'engagement de la tête pouvant maintenant avoir lieu. Il reviendra dans l'après-midi, et, si l'accouchement ne se termine pas seul par défaut de rotation de la tête, il se propose de faire la céphalotripsie. Une fois la réduction du bras effectuée,

les contractions redeviennent régulières et énergiques, et s'accompagnent de douleurs vives.

Vers deux heures, je touche la malade, et je constate que la tête s'est profondément engagée; la procidence du bras s'est reproduite, et la main vient apparaître à la vulve. Les douleurs continuent; la forme du ventre n'a pas changé. Peu à peu les douleurs faiblissent puis cessent complètement. Il s'est fait, depuis l'entrée, un suintement sanguinolent qui forme de larges taches sur les linges de la malade, mais pas d'hémorragie à proprement parler.

La malade devient de plus en plus agitée et ne peut rester en place; elle a une soif vive et boit souvent en petite quantité à la fois; elle vomit à plusieurs reprises ses boissons, elle est couverte de sueurs froides, se plaint d'étouffements, demande de l'air; le décubitus horizontal est très-pénible. Le poulx, qui était presque insensible le matin, est revenu sous l'influence de café et d'une potion de Todd; mais vers 3 heures, il a déjà notablement faibli, et il ne tarde pas à disparaître complètement. Puis peu à peu l'agitation et les plaintes cessent, et la malade tombe dans un état de prostration complète. M. Chantreuil, à 4 heures 1/2, constate cet état de choses évidemment précurseur d'une mort prochaine, et rejette toute intervention comme absolument inutile. La malade succombe à 6 heures du soir.

AUTOPSIE, le 12 *Mars*. Pneumatose considérable de l'abdomen. Emphyseme et marbrures violacées de la partie antérieure du thorax, du dos, et des parties latérales de l'abdomen; face violacée, turgide; quelques marbrures seulement aux bras et à la partie supérieure des cuisses.

Au moment de l'incision de la paroi abdominale, issue d'une grande quantité de gaz fétides. L'abdomen étant ouvert, on voit l'utérus formant dans le flanc droit une tumeur ayant presque le volume d'une tête d'adulte, arrivant à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du rebord costal gauche. De l'angle supérieur droit de l'utérus et de tout son côté droit part une lame tendue, formée manifestement par le ligament large surmonté des annexes et fortement infiltré de sang. L'ovaire occupe la partie supérieure de ce repli, sous forme d'un corps rougeâtre allongé, de 6 à 7 cent. dans le sens transversal sur 1 et 1/2 environ dans le sens vertical. Au-dessus de cette bride, on aperçoit le corps du fœtus à demi sorti de l'utérus; le dos à droite et en avant, et le siège arrivant dans l'hypochondre droit, presque au contact du rebord costal. Le fœtus est recouvert de son épiderme, soulevé par des gaz; il est lui-même très-fortement emphysémateux.

La symphyse étant incisée, on peut voir, en rabattant en

arrière la vessie et le péritoine environnant, la position de la tête, du bras et du cordon dans le petit bassin. La tête est profondément engagée, le menton en avant et un peu à gauche; le cou est par conséquent assez fortement tordu. Le bras droit occupe la partie postéro-latérale droite de l'excavation; il est solidement serré entre la tête et la paroi. Le cordon fait une anse étendue de la partie latérale droite du vagin, au voisinage du bras, jusqu'à la partie latérale gauche.

La *déchirure* qui livre passage au fœtus intéresse la partie latérale droite du col et du corps de l'utérus dans une hauteur de 10 centimètres. Le péritoine, seul ou doublé de quelques débris du tissu du ligament large, la limite en avant. Le feuillet postérieur du ligament large est déchiré jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle droit de l'utérus. Le col n'est bien distinct qu'à sa partie postérieure; en avant, il est difficile à distinguer du vagin et de la paroi utérine très-amincie. Il n'y a qu'un peu de sérosité sanguinolente dans l'abdomen; pas de péritonite.

Le *thrombus* occupe la grande lèvres gauche, dans l'épaisseur de laquelle il forme une poche contenant 200 à 250 gr. de sang noirâtre coagulé; les parties voisines de la collection sont infiltrées, et celle-ci se prolonge le long de la paroi gauche du vagin, jusqu'au niveau de l'épine sciatique.

Le *placenta* est encore dans l'utérus, et ne se détache que quand on a examiné la pièce à plusieurs reprises; il ne présente rien de particulier à noter. Le cordon est flétri, brunâtre, et distendu par des gaz.

L'*ovaire* droit présente à sa surface un assez grand nombre de petites taches purpuriques ecchymotiques, de forme arrondie. A l'une de ses extrémités existe un corps jaune du volume d'un gros haricot. L'ovaire gauche est transformé en une poche allongée, dont la paroi est, sur une certaine étendue, d'une teinte rougeâtre sombre et comme infiltrée de sang; cette poche présente à sa paroi interne deux petites végétations verruqueuses, de consistance cartilagineuse; ce kyste était vide alors que les parties étaient encore en place, et qu'on n'avait encore rien fait pour les isoler.

Les lésions les plus intéressantes de cette autopsie ont pour siège la *tête du fœtus*; elles sont évidemment le résultat des applications successives du forceps. Elles consistent en disjonctions des divers os de la face et des diverses parties de ces os. Le maxillaire inférieur est disjoint au niveau de sa symphyse. Les os malaires sont séparés des apophyses zygomatiques et des maxillaires supérieurs; ces derniers sont séparés l'un de l'autre, et les sutures qui unissent leurs branches montantes aux frontaux sont disjointes. Il en est de

même des connexions supérieures et inférieures du vomer et des sutures qui unissent les palatins entr'eux et aux os voisins. Au niveau de toutes ces disjonctions, le périoste est décollé dans une étendue plus ou moins considérable, mais il n'y a pas d'épanchement sanguin ni d'infiltration dans le voisinage, ce qui indique qu'elles sont postérieures à la mort du fœtus. Les parties molles de la face sont d'un rouge sombre, violacé par places; les téguments du front sont tuméfiés et en partie décollés. Le tissu du muscle masséter gauche est d'un rouge foncé et comme infiltré de sang.

M. CHANTREUIL. La malade aurait probablement guéri si on avait abandonné le travail à lui-même : les tentatives intempestives de forceps et de version eurent pour résultat de troubler les contractions; et lorsque je vis la femme, l'orifice s'était refermé. Je crus devoir ne pas intervenir. Nous voyons qu'ici les contractions ont continué après la rupture de l'utérus. C'est un fait que J. Jolly (1) avait observé plusieurs fois.

27. Fracture spontanée du fémur chez un ataxique, par
M. A. HEDENRICH, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade, âgé de 38 ans, gainier, entré le 13 février à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, (service de M. RICHET). Cet homme, voulant enlever sa bottine droite qui était humide, avait posé sa jambe droite sur sa cuisse gauche, et dans le mouvement qu'il avait fait pour détacher sa chaussure, avait entendu un craquement; il s'était aperçu aussitôt qu'il s'était fracturé la cuisse. En interrogeant les antécédents de cet homme, il fut facile de constater tous les symptômes d'une ataxie locomotrice. Depuis 4 ans douleurs fulgurantes, en ceinture et dans les membres inférieurs; ces douleurs se sont accentuées surtout depuis 2 ans. Depuis un an, démarche incertaine, faux-pas répétés, anesthésie des deux membres inférieurs; cette insensibilité s'étendait au moment de l'examen, depuis la plante des pieds jusqu'au milieu de la cuisse. Depuis un an aussi, impuissance absolue, incontinence d'urine et quelquefois des matières fécales. Ajoutons que depuis 10 ans il était dyspeptique et sujet à des vomissements bilieux presque journaliers.

La fracture siégeait à droite, vers le milieu de la cuisse;

(1) *Thèse de Paris*, 1870.

elle était complète, sans plaie aux téguments. La douleur était faible. La cuisse était globuleuse, et il existait un épanchement dans le genou. On appliqua au malade un appareil de Scultet, sans extension ni contre extension. Cependant il était à peine depuis 8 jours dans les salles qu'il commençait à s'écorcher au sacrum, et il ne tarda pas à présenter en ce point une vaste escharre. D'autre part, il s'affaiblissait à vue d'œil, vomissait tous ses aliments; enfin une bronchite généralisée se déclara, et le malade mourut le 16 mars, c'est-à-dire le 29^e jour de sa fracture.

AUTOPSIE. Congestion des deux poumons avec bronchite intense. A part la moelle épinière, les autres viscères sont sains, mais offrent en général une consistance molle.

La *moelle* présente une sclérose des cordons postérieurs bien évidente (teinte gris-perle, induration spéciale, dépression au lieu d'élection); l'examen histologique, fait par M. LIOUVILLE, confirme l'existence de cette lésion. De plus on constate que la substance grise a subi dans quelques points, principalement à droite, des atteintes manifestes; les cellules, celles surtout de la partie moyenne, sont très-altérées, et le tissu médullaire ambiant offre de nombreux points de désintégration.

L'incision de la cuisse donne lieu à un écoulement considérable de pus épanché autour du foyer de la *fracture*; ce pus, qu'on peut évaluer à plus d'un litre, a une couleur café au lait. Le pus est diffus à travers les muscles de la cuisse; ceux-ci sont ramollis. Les fragments sont très-pointus, extrêmement obliques, disposés en spirale; ils sortent à travers un cal volumineux. Les productions osseuses sont développées tant autour de l'os que dans le canal médullaire. Il existe de plus une esquille unie au fragment inférieur et complètement consolidée. Les extrémités fragmentaires sont creusées profondément de sillons qui indiquent une ostéite intense, et l'examen histologique confirme ces conclusions (canalicules de Havers immenses; ostéoplastes aplatis ayant perdu pour la plupart leurs canalicules; granulations graisseuses dans les canaux de Havers). Peut-être cette ostéite est-elle plus intense qu'elle ne l'est d'ordinaire dans les fractures à cette période. — Le fémur du côté opposé ne présente pas de lésion appréciable à l'œil nu; au microscope, on trouve les canalicules de Havers légèrement agrandis, et contenant un peu de graisse.

M. LIOUVILLE. Je ferai remarquer la ressemblance des productions existant autour de l'os fracturé avec celle qu'on observe autour des articulations dans les cas d'arthropathie chez les ata-

riques. Dans un fait que j'ai présenté à la société de Biologie, la tête de l'humérus était composée de 20 fragments englobés par des productions osseuses de nouvelle formation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Le fait de M. Heydenreich vient à l'encontre de la théorie de M. Gosselin, développée dans la thèse de M. Berger. Du reste, cet auteur rapporte lui-même un fait de fracture non traumatique, dans lequel il y avait une hydarthrose du genou.

28. Tumeur sarcomateuse du creux poplité, par M. HERVOUET,
interne des hôpitaux.

Cette tumeur, enlevée par M. DESPRÉS chez un homme de 37 ans, avait débuté il y a deux ans, par une tuméfaction peu douloureuse dans la région poplitée du côté gauche; elle avait pendant longtemps déterminé seulement de la gêne dans les mouvements du membre inférieur, surtout pendant la marche; malgré cela le malade qui est journalier n'avait pas cessé son travail; il était déjà entré une première fois à l'Hôpital Cochin au mois de septembre 1873, mais avait refusé absolument de subir l'amputation. Le 16 mars dernier, il fut pris de frisson et de fièvre, puis une ulcération se produisit sur la partie postéro-externe de la tumeur et donna lieu à une hémorrhagie abondante; l'ulcération s'élargit rapidement, l'hémorrhagie se reproduisit et le 19 mars le malade entra de nouveau à l'hôpital dans un état d'anémie très marquée et avec une fièvre intense.

Le lendemain, on fit l'amputation de la cuisse, mais la fièvre persista (T. A. 39°), et trois jours après, la mort survint dans le délire.

La tumeur à peu près fusiforme, présente environ 20 centimètres de long sur 15 de large. Elle paraît s'être développée aux dépens du périoste de l'extrémité inférieure du fémur; elle a refoulé les insertions des jumeaux et usé les condyles du fémur qui présentent des érosions irrégulières assez profondes. L'examen microscopique a montré que cette tumeur est un sarcome.

L'ulcération ayant succédé aux phénomènes fébriles, M. Després est porté à croire qu'il y a eu non pas coïncidence, mais rapport de cause à effet.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Les phénomènes de sphacèle des téguments ne sont pas rares dans les cas de sarcome. Quant à rattacher l'ulcération à la fièvre, c'est je crois une hypothèse difficile à soutenir. Il me semble bien plus rationnel

d'admettre que la fièvre était le premier symptôme de la lésion locale.

Séance du 27 mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

39. Mal de Bright chez un phthisique syphilitiqué. Dégénérescence amyloïde, dégénérescence cirreuse; ulcérations du rectum, par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Ferry François, 58 ans. — Entré le 13 mars 1874, salle Saint-Raphaël, n° 17 (service de M. Vulpian).

Renseignements. Pas d'antécédents morbides héréditaires. Syphilis à 18 ans; bubons ayant laissé des traces dans l'aîne; plaques muqueuses. Pleurésie vers l'âge de 25 ans. Pendant le siège de Paris, il prit froid à Montretout; depuis lors, il a continuellement toussé; au début hémoptysies abondantes pendant six semaines. Dans l'hiver 1872-73, il séjourna 4 mois à Lariboisière; le reste du temps, il vécut chez lui.

Le 25 février dernier, en se couchant, il s'aperçut que ses jambes étaient enflées; quelques jours après, l'œdème était généralisé. Bientôt à la surface des membres supérieurs, et surtout des membres inférieurs, ainsi que sur le ventre, se montrèrent des vésicules petites, blanchâtres, accompagnées de démangeaisons, et bientôt, là où plusieurs de ces vésicules étaient confluentes, survinrent des taches ulcéreuses, de diamètre variable.

13 mars. Le malade est profondément cachectique; les muqueuses sont décolorées; la peau est pâle, sèche et parsemée de petites plaies circulaires, de la largeur d'un pièce de vingt sous, les unes creusées en cupule, les autres recouvertes d'une croute brunâtre assez épaisse; elles sont le siège d'une vive démangeaison; sur les membres inférieurs et le ventre on trouve beaucoup de ces petites plaies.

La face est légèrement bouffie; les mains sont œdématisées; la peau de l'abdomen, les jambes présentent un œdème considérable. Pas d'ascite. L'urine est rendue en très-petite quan-

tité, elle est pâle et mousseuse et contient beaucoup d'albumine. Constipation opiniâtre depuis plusieurs jours. L'examen de la poitrine indique au sommet du poumon gauche, en avant et en arrière, l'existence d'une caverne assez vaste; de plus, signes d'œdème pulmonaire.

Pas d'hypertrophie du cœur gauche; pas de perte de la vue. Les forces sont considérablement affaiblies; pas d'appétit; pas de sommeil. Presc. : Lavements purgatifs; 1 gramme d'iodure de potassium; Bouillon.

15 mars. L'état général est le même.

16 et 17 mars. Le malade est encore plus faible; il se plaint de vives douleurs de tête.

20 mars. Le malade meurt.

AUTOPSIE 21 mars. — *Cavité thoracique.* Nombreuses adhérences de la plèvre; cette membrane est considérablement épaissie; à gauche, elle a une épaisseur d'au moins un centimètre. Le poumon gauche présente à son sommet une vaste caverne anfractueuse avec des prolongements au nombre de quatre ou cinq; les parois de cette caverne sont très-épaisses; la surface interne est gris-rougeâtre, lisse et comme revêtue par une fausse membrane; dans le reste du poumon, œdème pulmonaire très-net; à la coupe il s'écoule une grande quantité de liquide; ça et là, on constate des noyaux d'apoplexie pulmonaire. Point de dégénérescence amyloïde des vaisseaux du poumon. Le poumon droit, œdémateux présente aussi des noyaux d'apoplexie pulmonaire, et quelques rares tubercules. Le cœur est peu volumineux, sans lésion athéromateuse; le myocarde est couleur feuille morte.

Cavité abdominale. La capsule de Glisson est épaisse; le foie a conservé son aspect et son volume normaux; traces de dégénérescence amyloïde. Le volume de la rate est presque double de l'état normal; dégénérescence amyloïde très-nette.

Les reins un peu diminués de volume montrent sur une coupe verticale, une substance corticale blanchâtre, grasseuse par points isolés; l'examen histologique, fait après durcissement montre les lésions caractéristiques du mal de Bright. Pas de tubercules; pas de dégénérescence amyloïde. Adhérences péritonéales nombreuses, surtout dans la fosse iliaque droite.

La muqueuse de l'intestin grêle est parsemée d'ulcérations de la largeur d'une lentille; dans le cœcum, le gros intestin, et partout dans le rectum, existent de larges ulcérations tuberculeuses presque toutes cicatrisées. Dégénérescence amyloïde des vaisseaux de l'intestin.

Système nerveux. Rien de particulier à noter si ce n'est l'état un peu œdémateux du cerveau.

Système musculaire. Dans les membres de l'abdomen, principalement dans le grand droit, hémorrhagies et ecchymoses nombreuses, dégénérescence cireuse de ces muscles.

30. Tumeur de l'extrémité inférieure du fémur.

M. HOUZEL, au nom du D^r MONTHEIL (*de Mende*), présente une tumeur très-volumineuse développée aux dépens de l'extrémité inférieure du fémur ; l'articulation a complètement disparu ; il n'existe pas de traces de la rotule. Cette tumeur est très-complexe : on trouve ça et là des parties cartilagineuses, ailleurs des points de tissu colloïde et de tissu fibreux. L'observation (1) n'a point été envoyée ; on sait seulement que cette lésion avait été prise au début pour une affection des gaines tendineuses.

31. Endocardite aiguë. Anévrysme de la valvule mitrale.

Production mécanique de l'insuffisance mitrale par la petite masse anévrysmale. Mort subite, par M. PEYROT, ancien interne des hôpitaux.

A. Adrien, âgé de 20 ans, menuisier, entré le 4 Mars 1872, à l'Hôpital Beaujon, salle Saint-François, n° 5, (service de M. MOUTARD-MARTIN). Assez grand et d'apparence vigoureuse, il présente cependant une pâleur générale qui frappe tout d'abord.

Il raconte que depuis quatre semaines environ, il se trouve souffrant ; mais sans pouvoir préciser ce qu'il éprouve. Il a eu une céphalalgie légère, quelques étourdissements, parfois un peu de douleur au creux épigastrique, surtout dans les grandes inspirations.

A l'examen du cœur, un souffle assez doux occupant le premier temps est entendu dans toute l'étendue de la région cardiaque, sans qu'il soit possible de préciser le maximum.

La matité cardiaque n'est pas augmentée. Les battements sont réguliers, assez lents. La peau est un peu chaude. Pas de troubles des autres fonctions ; langue blanche ; appétit conservé.

Le bruit de souffle mal caractérisé qui est entendu est mis sur le compte d'une anémie dont on ne retrouve pas l'origine. Il n'y a pas de bruits vasculaires à la base du cou ; le malade assure qu'il n'a jamais eu de rhumatismes. Presc : Régime tonique, houblon, quinquina, etc.

(1) L'observation complète doit être publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*.

Le malade reste dans le service une dizaine de jours, sans éprouver rien de particulier. Il est toujours pâle et languissant ; mais il reste levé toute la journée.

15 mars. Il présente tout d'un coup des phénomènes nouveaux. Il se plaint d'avoir éprouvé la veille, et déjà un peu l'avant-veille, quelques douleurs dans les articulations des épaules et des genoux. Il a la langue blanche, mais n'a pas perdu l'appétit. Le bruit de souffle est plus fort, réellement râpeux. Pas de fièvre.

19 mars. Le malade qui n'avait rien offert de particulier depuis 3 jours, a été pris la nuit dernière de frissons répétés peu intenses. T. 38°,2. Pas d'appétit ; malaise. Prescription: Sulfate de quinine 0.60 centigrammes,

20 mars. Mieux notable. L'appétit est revenu. Plus de fièvre. Prescription : fer réduit, 0.20 centigrammes ; vin de quinquina.

21 mars. Pendant la nuit l'état s'est rapidement aggravé. Le malade a été pris d'une toux qui, d'emblée, s'est montrée assez fréquente. Il rend des crachats spumeux mêlés de nombreux filets de sang rouge. La respiration s'entend bien dans les poumons. Vers les bases elle s'accompagne de râles peu nombreux, assez secs.

Au cœur pendant le premier temps, bruit très-râpeux dont le maximum est très-nettement fixé vers la pointe. Le pouls est à 108, régulier, mais très-petit. T. A. 38°,6. La face est un peu bouffie, le ventre ballonné. Léger œdème des jambes.

Il paraît évident que l'on est en présence d'une endocardite aigüe intense, accompagnée d'un léger degré de congestion pulmonaire vers les deux bases. *Prescript.* : chiendent, 2 pilules de poudre de digitale de 0.05 centig. ; 30 centig. de calomel ; potages.

Soir. Rien de changé.

22 mars. Quelques instants avant la visite, le malade qui pendant toute la matinée avait causé avec ses voisins, et qui se trouvait aussi bien qu'à l'ordinaire est mort subitement au moment où il voulait s'asseoir sur son lit.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort : Dans les deux cavités pleurales on trouve un épanchement séreux peu abondant. Sur plusieurs points, des deux côtés et surtout à la base gauche, existent des adhérences assez étendues et qui paraissent anciennes. Les deux poumons sont très-congestionnés au sommet. Pas de tubercules.

Le péricarde contient 5 à 6 cuillerées de liquide citrin. Les cavités du cœur étant ouvertes, on voit que l'endocarde ne présente de lésion appréciable qu'en un seul point. La valvule mitrale porte au voisinage de son bord libre, une masse du volume d'un gros pois, saillante vers la face auriculaire.

C'est un petit anévrysme valvulaire, largement ouvert du côté du ventricule, proéminent dans l'oreillette et percé de ce côté, à son sommet, d'un petit pertuis. L'intérieur de cette masse représente un canal anfractueux et inégal qui n'a pu donner passage à beaucoup de sang ; mais par sa seule présence au niveau du bord libre de la valvule, cette tumeur produit l'insuffisance mitrale. Le reste de la valvule mitrale est sain, aucun des cordons n'est épaissi ou ratatiné. Les valvules de l'aorte, et celle du cœur droit sont saines.

Un examen minutieux n'a point fait constater d'embolie dans les artères de l'encéphale et particulièrement du bulbe.

32. Endocardite algue, ayant amené en 3 semaines, la formation d'un anévrysme de la cloison interauriculaire, de deux anévrysmes secondaires proéminent dans chaque oreillette, et d'un commencement d'ouverture dans la cavité du péricarde, par M. PÉRYOT, ancien interne des hôpitaux.

Joséphine S., 19 ans, couturière, entre le 18 février 1872, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Claire, n° 20 (service de M. MOUTARD-MARTIN).

18 janvier, soir ; elle présente une face extrêmement pâle. des lèvres décolorées, légèrement cyanosées. Elle respire avec difficulté. La voix est entrecoupée, faible, enrôlée. Toux fréquente, suivie très-rarement de quelques crachats muqueux. Le pouls est très-fréquent, régulier, faible. Chaleur assez vive.

La malade paraît vigoureuse, n'est pas amaigrie, et souffre évidemment depuis peu de temps.

Elle raconte en effet que son mal date de quelques jours seulement. Sa santé avait toujours été très-bonne ; elle était très-bien réglée. Jamais de rhumatismes. Il y a trois semaines elle a commencé à tousser ; cette toux, au lieu de disparaître rapidement comme dans les autres rhumes qu'elle avait eus, a persisté, puis s'est accompagnée, au bout de quelques jours, d'un malaise considérable, d'un peu de fièvre revenant surtout le soir, de sueurs nocturnes, et de quelques crachements de sang. Celui-ci n'a jamais été rendu pur, mais seulement par filets mêlés à une expectoration blanche, un peu épaisse.

Quinze jours après le début de ces différents troubles, il y a 8 jours par conséquent, son état s'est rapidement aggravé. Elle a été prise d'une oppression considérable, et d'une douleur fort vive, continue, mais exagérée par les grandes inspirations et par la toux et qu'elle localise au-dessous du sein gauche, au niveau du bord inférieur du thorax. Douleur analogue dans le dos, du même côté. Pas de battements de cœur.

A l'examen du thorax, sonorité normale. A l'auscultation : Au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, dans une étendue fort limitée, respiration soufflante et râles humides assez gros. Dans la fosse sus-épineuse droite, léger affaiblissement du murmure vésiculaire, et quelques râles très-fins peu nombreux, battements du cœur réguliers et faibles ; bruit de souffle très-net, occupant le premier temps, paraissant également intense dans toute l'étendue de la région cardiaque.

19 janvier. Le bruit constaté la veille au soir nous paraît un peu modifié. Il est rude, très-râpeux, occupe le premier temps, s'entend également dans toute l'étendue du cœur, mais semble pourtant avoir son maximum à la pointe. Il se prolonge assez haut dans les vaisseaux. Au deuxième temps on entend un autre bruit beaucoup plus doux, dont le maximum peut être fixé nettement à la base du cœur.

M. Moutard-Martin porte le diagnostic : *Endocardite ulcéreuse*, avec congestion pulmonaire. Prescrit : 6 ventouses scarifiées au-dessous de la mamelle gauche ; pot, avec 30 gouttes de teinture de digitale.

Le soir, la malade est dans un état d'anhélation effrayant. Le cœur bat plus de 140 fois par minute. Le pouls est presque insensible. La malade semble ne pas se douter de la gravité de son état ; elle répond très-bien, quoique d'une voix éteinte et entrecoupée, à toutes les questions.

Le 10 janvier, au moment où les élèves arrivent dans le service, ils trouvent la malade dans un état de pâleur extrême, dans une anxiété horrible, ouvrant les yeux démesurément, étendant les bras, se tordant les mains, faisant les efforts respiratoires les plus énergiques. Les extrémités supérieures sont froides, le pouls imperceptible. L'intelligence est bien conservée. Quelques instants après, à 9 heures du matin, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie.

AUTOPSIE, le 21 janvier. Le *cerveau* et le *bulbe* examinés avec soin (à l'œil nu) n'offrent rien à noter. Les *organes abdominaux* sont congestionnés, mais à un degré peu considérable ; il n'y a pas de traces d'infarctus.

Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres. Les *deux poumons* sont fortement congestionnés dans toute leur hauteur ; mais ils crépitent encore partout, sauf au sommet gauche. Là le poumon est, dans une zone peu étendue, infiltré de tubercules. On y trouve une excavation du volume d'une amande.

Le *péritoarde* renferme plus de 150 grammes d'une sérosité teintée en rose par le mélange d'un peu de sang. Il n'y a pas au premier abord de lésion péricardique appréciable. Le *cœur* à l'aspect et le volume normal, il contient des caillots fibrineux récents non adhérents. Sur la moitié gauche de l'orifice aor-

tique se montre un véritable fouillis de lamelles déchiquetées, contournées en divers sens. Ces végétations sont nées en partie aux dépens de la valvule sigmoïde, en partie aux dépens des portions voisines de l'endocarde. Un seul des 3 replis aortiques est altéré d'une façon notable; c'est celui qui touche à l'insertion de la valvule mitrale. Il est déchiré en lanières, perforé en plusieurs endroits. La valvule mitrale elle-même à ce niveau, c'est-à-dire à son insertion sur la base du cœur et du côté de l'orifice aortique est fortement entamée. Elle donne aussi naissance à des végétations en lanières; dans sa partie flottante et libre, elle est saine. Entre ces portions de la valvule sigmoïde et de la valvule mitrale existe une large fente masquée par les végétations; cette fente donne accès dans une véritable *cavité anévrysmale* qui s'est creusée dans l'épaisseur de la cloison inter-auriculaire. Cette cavité présente deux parois, l'une gauche l'autre droite, résultant de ce dédoublement. La paroi gauche est continue par sa partie inférieure, avec la portion droite de la valvule mitrale. A la partie inférieure de cette paroi auprès de l'insertion mitrale, se montre une saillie blanchâtre, arrondie, du volume d'un pois, et qui est percée à son sommet d'une ouverture large de plus d'un millimètre. C'est un petit anévrysme qui fait communiquer l'oreillette gauche avec la cavité de la cloison, et par conséquent avec le ventricule gauche. La paroi droite de la cavité inter-auriculaire porte du côté du cœur droit une végétation pareille, du volume d'une petite noisette; on peut y découvrir un petit pertuis très-fin. Il n'est pas douteux que par la suite, une seconde communication assez large eut pu s'établir entre l'oreillette droite et le ventricule gauche, par ce second anévrysme. A la base du cœur, en avant de l'oreillette droite, et au niveau du point où l'aorte est si fortement entamée, la paroi cardiaque est très-amincie. Elle a subi sur l'étendue de près d'un centimètre carré une dilatation assez marquée. Cette portion de la paroi cardiaque est éraillée, et sur deux ou trois points, elle paraît présenter des trous très-fins qui ont dû donner passage pendant la vie à la petite quantité de sang qui se trouvait mêlée à la sérosité péricardique. Encore un peu de temps et on aurait eu, là, une rupture avec épanchement de sang dans le péricarde. L'endocarde n'est altéré sur aucun autre point.

Dans la première partie de l'aorte au voisinage du cœur, on observe quelques trainées blanchâtres très-légèrement saillantes qui paraissent résulter d'une artérite légère.

M. LIOUVILLE. Notre collègue M. Pelvet a publié, en 1867, une thèse fort remarquable sur les anévrysmes du cœur; et ce

n'est que justice de mentionner ici à côté des observations de M. Dianoux (séance du 3 mars), et de M. Peyrot, le travail de M. Pelvet, où ces faits sont étudiés avec le plus grand soin. Quant aux faits de M. Peyrot, si l'on n'a pas constaté d'infarctus à l'œil nu, il ne faudrait pas en conclure qu'il n'en existait pas. Il m'est arrivé plus d'un fois de ne rien trouver à un premier examen; mais en pratiquant en différents organes des coupes que l'on examinait ensuite au microscope, j'ai pu trouver des traces d'infarctus que l'examen à l'œil nu n'aurait pu démontrer.

Le Secrétaire,
A. SEVESTRE.

tique se montre un véritable fouli
contournées en divers sens. Ces va
sux dépens de la valvule sigmoïde
portions voisines de l'endocarde.
ques est altéré d'une façon notab
l'insertion de la valvule mitrale.
perforé en plusieurs endroits. La
à ce niveau, c'est-à-dire à son ins
et du côté de l'orifice aortique e
donne aussi naissance à des végét
partie flottante et libre, elle est sa
valvule sigmoïde et de la valvul
fente masquée par les végétatio
dans une véritable *capité anéryg*
l'épaisseur de la cloison inter-a
sente deux parois, l'une gauche
distablement. La paroi gauche
férieure, avec la portion droite d
inférieure de cette paroi auprès
tre une saillie blanchâtre, arr
qui est percée à son sommet
d'un millimètre. C'est un petit
que l'oreillette gauche avec le
séquent avec le ventricule ga
inter-articulaire porte du c
parois, du volume d'une pe
un petit pertuis très-fin. Il
une seconde communication
l'oreillette droite et le ven
tricule. À la base du m
seulement du péricarde le
ostiole est très-étro
d'un ostiole très-étro
péricarde de la paroi
péricarde, une paroi
se prolonge par
se prolonge par

1. Oreillette gauche

2. Ventricule gauche

3. Oreillette droite

4. Ventricule droit

5. Valvule sigmoïde

6. Valvule mitrale

7. Valvule aortique

8. Valvule pulmonaire

9. Valvule tricuspidienne

10. Valvule bicuspidienne

11. Valvule aortique

12. Valvule pulmonaire

13. Valvule tricuspidienne

14. Valvule bicuspidienne

15. Valvule aortique

16. Valvule pulmonaire

17. Valvule tricuspidienne

18. Valvule bicuspidienne

19. Valvule aortique

20. Valvule pulmonaire

21. Valvule tricuspidienne

22. Valvule bicuspidienne

23. Valvule aortique

24. Valvule pulmonaire

25. Valvule tricuspidienne

26. Valvule bicuspidienne

27. Valvule aortique

28. Valvule pulmonaire

29. Valvule tricuspidienne

30. Valvule bicuspidienne

31. Valvule aortique

32. Valvule pulmonaire

33. Valvule tricuspidienne

34. Valvule bicuspidienne

35. Valvule aortique

36. Valvule pulmonaire

37. Valvule tricuspidienne

38. Valvule bicuspidienne

39. Valvule aortique

40. Valvule pulmonaire

41. Valvule tricuspidienne

42. Valvule bicuspidienne

43. Valvule aortique

44. Valvule pulmonaire

45. Valvule tricuspidienne

46. Valvule bicuspidienne

47. Valvule aortique

48. Valvule pulmonaire

49. Valvule tricuspidienne

50. Valvule bicuspidienne

51. Valvule aortique

52. Valvule pulmonaire

53. Valvule tricuspidienne

54. Valvule bicuspidienne

55. Valvule aortique

56. Valvule pulmonaire

57. Valvule tricuspidienne

58. Valvule bicuspidienne

59. Valvule aortique

60. Valvule pulmonaire

61. Valvule tricuspidienne

62. Valvule bicuspidienne

63. Valvule aortique

64. Valvule pulmonaire

65. Valvule tricuspidienne

66. Valvule bicuspidienne

67. Valvule aortique

68. Valvule pulmonaire

69. Valvule tricuspidienne

70. Valvule bicuspidienne

71. Valvule aortique

72. Valvule pulmonaire

73. Valvule tricuspidienne

74. Valvule bicuspidienne

75. Valvule aortique

76. Valvule pulmonaire

77. Valvule tricuspidienne

78. Valvule bicuspidienne

79. Valvule aortique

80. Valvule pulmonaire

81. Valvule tricuspidienne

82. Valvule bicuspidienne

83. Valvule aortique

84. Valvule pulmonaire

85. Valvule tricuspidienne

86. Valvule bicuspidienne

87. Valvule aortique

88. Valvule pulmonaire

89. Valvule tricuspidienne

90. Valvule bicuspidienne

91. Valvule aortique

92. Valvule pulmonaire

93. Valvule tricuspidienne

94. Valvule bicuspidienne

95. Valvule aortique

96. Valvule pulmonaire

97. Valvule tricuspidienne

98. Valvule bicuspidienne

99. Valvule aortique

100. Valvule pulmonaire

AVRIL 1874*Séance du 10 avril.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Affection cardiaque ; rétrécissement de l'urèthre :

par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

B. Eugène, chiffonnier, âgé de 66 ans, entre le 24 mars 1874 à l'hôpital Cochin, baraque I, n° 6 (Service de M. DESPRÉS) pour des troubles de la miction survenus depuis un mois. Uréthrotomisé en 1858 par M. Maisonneuve, il n'avait point eu d'accidents depuis cette époque. Les troubles de la miction et la cystite s'amendèrent rapidement après quelques séances de cathétérisme ; mais, en même temps, d'autres accidents plus graves, causés par une affection cardiaque allaient en s'aggravant. Il y avait de l'œdème des malléoles et des bourses, de l'oppression et une douleur rétro-sternale persistante. Le pouls était bondissant, irrégulier et fréquent. Le cœur soulevait le thorax par ses battements, et à l'auscultation, on percevait à la base un double bruit de souffle qui s'entendait aussi, mais plus faiblement, à la pointe. Bientôt, on constata du souffle en arrière à la base du poumon gauche, puis du côté droit, souffle à timbre peu éclatant ; le malade succomba le 6 avril, après avoir présenté du délire les trois derniers jours.

AUTOPSIE. On trouve un épanchement pleural du côté droit ; les poumons sont comme carnifiés et noirâtres, sans trace de pneumonie franche. Le rein gauche présente un infarctus superficiel. Mais on est surtout frappé du volume énorme du cœur, dont l'hypertrophie porte exclusivement sur le ventricule gauche.

Les deux feuillets du péricarde sont recouverts d'une exsudation fibrineuse tomenteuse caractéristique d'une péricardite sans épanchement. L'aorte à son origine était très-dilatée, et

sa surface interne hérissée de plaques athéromateuses saillantes sur leurs bords. La dilatation avait agi sur l'orifice pour amener l'insuffisance, et les valvules sigmoïdes aortiques étaient complètement saines. Du reste le malade n'avait aucun antécédent rhumatismal. Il prétendait aussi n'avoir jamais fait aucun excès de boissons alcooliques.

L'urèthre, au niveau de la portion bulbeuse, était le siège d'un rétrécissement médiocrement serré, et dont le seul intérêt réside en ce fait qu'il s'est reproduit après une opération d'uréthrotomie.

M. PARROT. Le cœur que nous avons sous les yeux présente des lésions multiples ; mais la lésion capitale me paraît être bien évidemment une insuffisance aortique.

2. Tuberculisation des organes génito-urinaires, par M. CHENET, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'un malade mort dans le service de M. DÉSORMEAUX. C'était un homme de 33 ans, souffrant depuis très-longtemps de troubles des fonctions urinaires, et les accidents qui ont déterminé son entrée à l'hôpital paraissent consécutifs à une chaudepisse dont la date remonte à plus d'un an. Il se soumit à un traitement très-énergique et l'écoulement disparut, mais peu de temps après, le testicule droit devint très-volumineux, la peau était rouge et tendue; mais le malade ne souffrait pas, ou du moins souffrait peu, puisqu'il put continuer son service de gardien de la paix. Ce gonflement disparut au bout de quelques jours, mais il resta un noyau d'induration de la grosseur d'une noisette, non douloureux; au bout de quatre ou cinq mois, ce noyau s'abcéda, et donna issue à du pus mélangé de sang; l'ouverture de l'abcès se cicatrisa lentement et il resta une cicatrice déprimée adhérente à la glande.

Peu de temps après, le malade commença à pisser du sang et à ressentir de violentes douleurs de reins. Il nie toute espèce d'excès à ce moment; il n'avait jamais rendu de graviers en pissant, et n'avait point d'affection cardiaque. Après ces derniers accidents, sa santé avait toujours été bonne; mais depuis, son état s'aggrava de jour en jour; d'abord il fut pris d'une bronchite qui dura assez longtemps et n'arriva pas à une résolution complète; puis la miction jusque-là facile, devint douloureuse, l'urine contenant tantôt du sang liquide, tantôt de petits caillots, du pus, du mucus. Il s'amaigrit, perdit ses forces, mais n'en continua pas moins son service. Enfin, le 22 décembre 1873, il rendit par l'urèthre une quantité de pus qu'il évalua à deux litres environ. — Il entra alors à la Pitié,

souffrant beaucoup de la vessie, et obligé à des mictions très-fréquentes et s'accompagnant d'un ténésme très-pénible.

Tout le temps qu'il passa dans le service de M. Désormeaux, l'impossibilité de garder son urine fut le principal symptôme. Il urinait à chaque instant, quelques gouttes seulement à la fois, avec des douleurs atroces; son urine était assez limpide et ne laissait déposer que du mucus. Dans les selles on trouvait surtout des matières glaireuses et puriformes; pas de diarrhée, mais du ténésme rectal. — Il dit aussi qu'il rendait du sang par l'anus, mais ce fait n'a pu être constaté.

La base de la prostate et sa face postérieure présentent des inégalités; le volume général de la glande n'est pas augmenté, mais les vésicules séminales sont dures, offrent des nodosités et sont douloureuses à la pression. Il existe une induration marquée de la tête de l'épididyme du côté droit, au niveau de la cicatrice; quelques inégalités du côté gauche: indolence complète. Digestions de plus en plus pénibles; vomissements aqueux et bilieux; pas de diarrhée. Respiration hâletante, entrecoupée, mais aucun signe physique notable du côté des poumons. Jamais d'hémoptysie; point d'expectoration caractéristique de la phthisie, pas de mouvement fébrile régulier. Quelques frissons à plusieurs reprises, traités et calmés par le sulfate de quinine.

Du muguet se déclare, vers le 20 mars, avec un peu d'œdème et d'engourdissement de la jambe droite. Mort le 28 mars.

AUTOPSIE le 30 mars. Les deux poumons présentent des adhérences aux sommets, surtout du côté gauche; le tissu est ramolli en plusieurs points, et il existe aux deux sommets des tubercules confluent à différents degrés; mais l'altération ne s'étend pas à tout le poumon, où l'on trouve seulement quelques amas de granulations grises disséminées.

Un peu de liquide louche dans le péritoine, sans fausses membranes et sans adhérences entre les anses intestinales. Foie gras, volumineux. Le foie enlevé, on pénètre dans un vaste abcès situé derrière son bord postérieur et qui s'étend de la région rénale à la fosse iliaque droite; cet abcès semble complètement enkysté; en aucun point on ne trouve de surface osseuse dénudée. Le rein droit est englobé dans une masse indurée avec de nombreux foyers renfermant un pus concret. Il adhère au colon ascendant qu'on entraîne en même temps que lui; l'anse intestinale fendue, on constate la présence de deux petites ulcérations à bords amincis et décollés, à quatre ou cinq centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Ce sont les orifices de trajets fistuleux qui établissent une communication entre les foyers périnéphriques et l'intestin. Il

n'existe pas d'autres ulcérations sur l'anse intestinale examinée.

Le rein droit contient un grand nombre de foyers caséeux qui ont détruit à peu près complètement la substance de l'organe ; le tissu graisseux du hile est transformé en une masse lardacée qui englobe l'uretère ; la paroi du bassinet est épaissie et la muqueuse érodée, en communication avec les foyers de la substance rénale. L'uretère a des parois indurées et hypertrophiées, son calibre est interrompu à quatre centimètres au dessous du hile et se retrouve à quelques centimètres plus bas jusqu'à la vessie. Le rein gauche est sensiblement augmenté de volume et assez fortement congestionné, il présente à son extrémité supérieure un noyau grisâtre de la grosseur d'un petit pois qui paraît aussi de nature tuberculeuse ; uretère gauche normal. Vessie très-petite, revenue sur elle-même, ne contenant pas d'urine. Sa muqueuse présente des marbrures foncées et des inégalités nombreuses, qui sont dues à la destruction des couches superficielles.—La surface est presque entièrement érodée, à part le col ; l'orifice de l'uretère droit est ulcéré sur ses bords ; à un centimètre au-dessus de lui, se trouve une petite ulcération plus profonde ; les vésicules séminales sont atrophiées ; les canaux déférents hypertrophiés vers leur terminaison et indurés ; les orifices des canaux éjaculateurs élargis laissent sourdre du pus ; ils ont disparu dans deux cavernes qui occupent les lobes latéraux de la prostate, et dont la gauche est la plus vaste. Les orifices des glandes prostatiques sont élargis, et la paroi de l'urèthre est criblée de trous très-visibles à l'œil nu. La tête de l'épididyme du côté droit contient du pus en petite quantité. A gauche, il n'existe que des noyaux d'induration ; de ce côté, la cavité vaginale est complètement oblitérée, tandis que du côté droit, où a eu lieu une épididymite, il existe seulement des adhérences partielles. Le testicule droit est sensiblement sain, le gauche présente un grand nombre de petits noyaux blanchâtres, durs, disséminés qui semblent dus à une hypertrophie des cloisons normales.

3. Tuberculose généralisée ; inflammation caséuse de la trompe chez une petite fille, par M. COXNE.

B. Amélie, née le 25 septembre 1872, entre le 20 avril 1874, à l'infirmerie des Enfants-Assistés, (service de M. PARROT).

Cette enfant offre un aspect cachectique très-marqué ; la face est pâle ; il existe une maigreur assez prononcée de tout le corps. Toux ; cependant, à l'auscultation, on ne constate rien de particulier dans la poitrine.

Du 3 au 7 avril, l'enfant reste dans cet état cachectique sans autre symptôme plus accusé, si ce n'est qu'elle n'a pas d'appétit et prend très-peu d'aliments ; un peu de diarrhée.

7 avril. Les phénomènes thoraciques se sont accentués ; la toux a continué, a même augmenté, et à droite et en arrière on perçoit des râles abondants superficiels, avec retentissement expiratoire faisant craindre un point d'induration.

Le 8 *avril*, l'enfant est mourante au moment de la visite ; il existe un œdème très-marqué des membres inférieurs ; les mouvements expiratoires sont rares et peu profonds. La température est abaissée et est descendue à 34°, 3.

AUTOPSIE le 10 avril.

Les *poumons* sont très-aérés et d'une couleur grise ; ils sont parsemés, surtout à la partie antérieure des lobes, de granulations tuberculeuses grises toutes entourées de zones pigmentaires bleuâtres. Ces granulations sont très-saillantes sur la coupe des lobes du poumon, dans l'intérieur duquel on en trouve un grand nombre disséminées assez régulièrement en suivant les ramifications vasculaires. Le tissu qui les entoure est également pâle et aéré.

Les ganglions de la racine des bronches ne sont pas altérés ; derrière la trachée et un peu à droite se trouve un gros ganglion caséeux non ramolli. Le foie et la rate présentent quelques granulations tuberculeuses grises.

Rein gauche ; on trouve dans une des pyramides un gros noyau caséeux ramolli au centre, et vers la périphérie quelques granulations grises.

Intestin. Il existe beaucoup de granulations grises sous-péritonéales surtout au niveau des ganglions du mésentère ; les uns sont très-durs et ont une consistance fibroïde ; leur tissu est gris-bleuâtre transparent, parsemé de granulations plus opaques d'un gris jaunâtre formant des amas, au niveau desquels le tissu est vascularisé. Dans la cavité intestinale, ulcérations difformes, arrondies ou ovalaires à bords relevés, taillés à pic ; à leur niveau, la paroi est épaissie par l'existence de granulations jaunâtres qui en occupent le centre. A l'extérieur et dans les points qui correspondent à ces ulcérations, l'intestin est peu vasculaire et l'on voit, sous le péritoine, partir en rayonnant des lymphatiques sous forme de petits chapelets à grains durs. De plus, on y trouve de nombreuses granulations très-ténues, d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage de l'ulcération. Les lymphatiques qui partent de ces plaques et qui se rendent aux ganglions mésentériques sont également engorgés d'une matière blanc-jaunâtre.

Appareil génital. Les deux trompes sont considérablement dilatées ; du côté de leur extrémité libre elles ont environ 3

millim. de diamètre; le calibre va en diminuant insensiblement lorsqu'on se rapproche de la corne utérine, et, à un cent. de cet organe, l'apparence extérieure et le volume de ces canaux est redevenu normal. Au niveau de la partie dilatée, qui en même temps se contourne sur elle-même comme une corne de bœuf, on trouve un développement assez considérable des vaisseaux sous-péritonéaux donnant aux couches superficielles une teinte rouge assez foncée; mais au-dessous, on constate une coloration jaune opaque; en effet, la cavité des trompes est remplie et distendue par une substance jaunâtre caséuse, ayant toutefois une apparence assez sèche et par conséquent friable; elle se détache par blocs des parois du conduit qui la contient; on l'enlève assez facilement, mais au-dessous, on ne peut découvrir la moindre trace de granulations, du moins dans les parties qui sont les plus malades.

Encéphale : méningite tuberculeuse; l'hémisphère du côté droit est beaucoup plus malade que celui de gauche; sous les méninges, on trouve un peu de sérosité louche, mais ce qui frappe surtout, c'est une grande abondance de granulations grises.

Examen microscopique. Après durcissement convenable de la trompe du côté gauche, on en fait des coupes fines et on constate les faits suivants :

Tout le centre de la trompe est rempli par une masse caséuse, dans laquelle on ne retrouve plus trace d'éléments figurés; les couches superficielles de la muqueuse ont disparu et sont englobées dans le magma granuleux. Les vaisseaux du derme de la muqueuse sont dilatés et gorgés d'hématies, mais ils sont perméables, et leurs parois ne présentent aucune altération dans toute l'étendue des parties de cette muqueuse immédiatement accolées à la masse caséuse centrale; on ne retrouve pas de trace bien manifeste d'irritation: ainsi, il n'y a, ni accumulation de noyaux, ni éléments embryonnaires en nombre plus considérable que d'ordinaire, comme dans les faits d'inflammation tuberculeuse et caséuse d'autres conduits muqueux, l'uretère par exemple.

Comme on le voit, cet examen est surtout remarquable par les résultats négatifs auxquels on arrive. Les matières contenues dans la trompe et qui la distendent sont des produits caséux; les couches superficielles de la muqueuse sont détruites; mais il n'y a pas de phénomènes d'irritation bien marqués dans les couches immédiatement accolées, de ce canal. En tout cas, s'il est un fait certain, c'est l'absence absolue de granulations tuberculeuses. Cependant l'enfant qui présente cette inflammation caséuse de la muqueuse de la trompe porte dans presque tous ses organes des granula-

lations tuberculeuses ; ce fait est même remarquable comme exemple de généralisation d'une pareille lésion. Deux hypothèses peuvent être émises pour se rendre compte de cette contradiction apparente : ou bien l'inflammation caséuse est l'analogue de l'inflammation tuberculeuse, et peut la remplacer, et avoir sa valeur dans certaines conditions données ; ou bien une inflammation simple survenant en dehors des conditions physiologiques de fonctionnement des organes qui, on le sait, sont défavorables à la production de lésions inflammatoires, peut, sous l'influence d'un état général grave comme une tuberculose généralisée, donner naissance à la régression granulo-graisseuse d'un exsudat muco-purulent, qui n'a, par lui-même, rien de tuberculeux. Laquelle de ces deux hypothèses faut-il adopter ? Il est actuellement difficile de se prononcer.

Il faut remarquer qu'à l'âge où cette lésion s'est développée chez cette petite fille, ses organes génitaux ne présentaient rien de particulier ; la vie utérine ne s'était pas encore éveillée chez elle. Chez une femme adulte, alors que la menstruation a été établie, on comprend que les actes multiples qui se passent du côté de l'appareil génital, favorisent puissamment le développement des inflammations de différente nature de ces organes ; mais, à l'âge de notre malade, rien de tout cela n'existe ; ces organes sont encore dans un sommeil physiologique absolu ; rien ne vient déranger leur fonctionnement, puisqu'ils ne sont pas encore entrés en fonction. C'est cette dernière considération qui pourrait faire pencher vers la première hypothèse que nous avons émise, et porter à croire qu'une inflammation caséuse peut avoir la valeur anatomique de lésion tuberculeuse.

M. DEBOVE. J'ai présenté l'année dernière un fait analogue ; il y avait des tubercules dans différents organes, mais il m'a été impossible d'en retrouver dans l'utérus, où l'on constatait seulement les lésions de la métrite caséuse.

M. COYNE. En lisant les observations contenues dans le mémoire de M. Brouardel, j'ai remarqué aussi que pour plusieurs d'entre elles, la nature tuberculeuse de la lésion utérine n'avait pu être démontrée.

M. CHARCOT. Les faits de cette nature sont, en effet, d'une appréciation très-délicate, et pour laquelle, malheureusement, l'histologie ne peut fournir de renseignements.

4. Tuberculisation des organes urinaux et des poumons chez un homme de 63 ans, par M. A. BARÉTY, interne des hôpitaux.

Le nommé Joncheret Jean-Louis, charron, âgé de 63 ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu et couché au n° 20 de la salle Saint-Bernard (service de M. GUÉNEAU DE MUSSY), le 7 avril à deux heures de l'après-midi. Il était sans connaissance, avait la face violacée, tournée à droite, les membres dans la résolution. On manquait absolument de renseignements sur sa maladie et ses antécédents. Cet homme qui portait, d'ailleurs, le cachet d'une misère profonde, mourut deux heures environ après son entrée.

A L'AUTOPSIE, qui fut faite le 9 avril à deux heures de l'après-midi, on trouva : 1° les traces d'une *méningite chronique et un noyau du volume d'un gros pois couleur vert-pomme dans le corps strié du côté droit*; 2° une pleurésie ancienne avec épaississement énorme de la plèvre à droite, une pleurésie sèche récente à gauche, des granulations grises demi-transparentes avec un point central opaque dans les poumons et surtout dans les lobes supérieurs; œdème du poulmon gauche; 3° une altération profonde des valvules mitrale et aortique; 4° une hypertrophie de la couche musculaire de l'œsophage, des taches noires rougeâtres à la surface de la muqueuse stomacale. Rien dans le reste de l'intestin. Foie normal. Rate un peu hypertrophiée.

5° La *dégénérescence tuberculeuse des organes urinaux* : capsules surrénales, rein droit (atrophie du rein gauche), urètères, vessie, vésicules séminales, prostate. Rien dans l'urèthre et les testicules.

Dimensions de ces divers organes : *Prostate*, diam. transv., 4 cent. 1/2 diam. vert. 3 cent. — *Vésicules séminales* : elles paraissent avoir leurs dimensions normales.

Urètères. — L'urètre droit, au niveau des plaques dures saillantes, mesure 1 cent. de diam. L'urètre gauche présente un diam. de 8 millim. dans ses 2/3 inférieurs; dans son 1/3 supérieur, il est réduit à un cordon fibreux mince.

Reins. — Le rein droit est long de 11 cent., large de 7 cent. Le rein gauche atrophié est long de 3 cent. 1/2, large de 2 cent. 1/2. — *Capsules surrénales* : la droite a une longueur de 5 cent. et une largeur ou hauteur de 2 cent. 1/2; la gauche mesure 6 cent. de long et 3 cent. 1/2 de large.

Caractères morphologiques. — Les *capsules surrénales* sont transformées en matière caséiforme jaune, consistante, déposée par masses rapprochées, à contours irréguliers. Dans la

capsule surrénale droite, on retrouve une petite portion de substance normale. Le *rein* gauche, atrophié, est réduit à une petite masse aplatie de tissu rougeâtre, ayant la consistance et l'aspect de tissu fibreux. La veine et l'artère correspondantes sont atrophiquées. Le rein droit augmenté de volume présente un épaissement notable de la paroi de la moitié des calices. Cet épaissement mesure 2 à 3 mill.; sa consistance est lardacée. La surface interne et une partie de l'épaisseur de cette paroi dégénérée sont parsemées de grains jaunâtres, les uns consistants, les autres friables.

L'*uretère* droit présente sur sa longueur trois renflements durs; ce sont des plaques épaisses, arrondies, aplaties, du volume d'un haricot de moyenne grosseur; ces plaques, ou nodosités plates, sont exulcérées du côté de la cavité de l'uretère et présentent à leur centre, de ce côté, un point foncé de l'étendue d'une lentille, ressemblant à une eschare. Tout le long de la surface interne de l'uretère on remarque encore de nombreuses ulcérations qui ressemblent aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin ou de la trachée. Elles sont rondes ou ovalaires, généralement pâles, entourées d'un petit bourrelet. Ces ulcérations ont un diam. de 2 mill. à 4 cent; elles sont d'autant plus larges et plus rapprochées qu'on arrive plus près de l'extrémité inférieure de ce conduit. L'orifice inférieur ou vésical est libre, perméable. L'uretère gauche est totalement atrophié et réduit à une sorte de filament fibreux dans son tiers supérieur; dans le reste de son étendue, il a le diamètre d'un crayon; à ce niveau, il est dur, et après incision de la paroi il s'en écoule une matière blanchâtre, caséiforme, demi-fluide.

La *vessie* contenait une petite quantité de liquide louche, blanc jaunâtre. La surface interne est inégale, mamelonnée; elle présente de nombreuses saillies peu développées et des cloisons peu étendues, irrégulières, en grand nombre. Le trigone vésical est particulièrement recouvert d'une grande quantité de granulations qui ressemblent à celles des pommons. Ce sont de petits grains saillants, d'un gris transparent et présentant au centre un petit point opaque jaunâtre.

Les *vésicules séminales*, de volume normal, sont remplies d'un liquide puriforme, non filant, que l'on fait sourdre par les côtés du verumontanum, en pressant sur elles. A côté d'elles, on trouve un kyste sanguin du volume d'une grosse noisette.

La *prostate* est parsemée de nombreux grains jaunâtres.

On ne trouve aucune lésion apparente dans l'urèthre et les testicules.

5. Maladie de Bright; endocardite; pleurésie double; périhépatite; par M. V. HANOT, interne des hôpitaux.

Gachick Elise, 34 ans, entrée le 22 mars 1873, à l'hôpital Cochin (service de M. BUCQUOY). Cette femme était d'une constitution très-robuste et n'avait jamais été malade. Elle a eu un enfant en 1864, et a fait une fausse-couche deux ans plus tard.

Un an avant d'entrer à l'hôpital, la malade s'aperçut que ses membres et sa face étaient enflés : sa santé n'était point autrement troublée. Deux mois après, les règles se supprimèrent. L'anasarque alla croissant; l'appétit, les forces diminuèrent. Plus tard, à ces symptômes, s'ajoutèrent de la toux et de la dyspnée.

Le 22 novembre 1873, au moment de l'entrée, anasarque considérable, aspect véritablement éléphantiasique des membres inférieurs. Râles fins d'œdème pulmonaire au niveau des deux bases. Légère ascite. Rien au cœur.

La malade dit que, depuis quelques jours, elle se sent plus mal, qu'elle a de la fièvre.

Soir. T. 38°. La dyspnée est plus intense. Quelques vomissements; anorexie. L'*urine* est foncée et contient une forte proportion d'albumine. Au microscope, on y trouve une grande quantité de cylindres hyalins et de cylindres granulo-graisseux dont le diamètre dépasse d'un cinquième environ celui des cylindres hyalins. Grande quantité de globules sanguins et de granulations graisseuses, isolées ou en amas.

Sous l'influence du repos et du traitement, l'état de la malade s'améliore sensiblement. Vers la fin de décembre, anasarque et dyspnée moindres. L'urine est bien moins foncée et contient moins d'albumine.

Vers le 15 janvier 1874, la malade se plaint de palpitations, de douleurs dans le côté gauche. Mouvement fébrile, surtout le soir. Dyspnée beaucoup plus grande. Urine de nouveau rougeâtre.

20 janvier. On constate nettement l'existence d'un bruit de souffle présystolique, à la pointe du cœur. Bruit anémique dans les vaisseaux du cou. — Vers le commencement de février, un peu de mieux; l'anasarque et la dyspnée ont diminué. Le bruit de souffle présystolique a persisté. Hypertrophie notable du cœur. Pointe du cœur rejetée à gauche.

15 février. La dyspnée est telle que la malade ne peut rester dans son lit; elle va et vient dans la salle, toute la journée et une partie de la nuit; céphalalgie violente presque continuelle. Vomissements; diarrhée.

Au commencement de *mars*, la dyspnée qui avait diminué, reparait aussi intense que jamais ; mouvement fébrile, anorexie complète. Toux fréquente ; expectoration muqueuse. La malade accuse, dans les deux hypochondres, des douleurs assez vives, exagérées par les inspirations profondes. Souffle léger, égophonie et submatité au niveau des bases pulmonaires ; au cœur, même souffle présystolique de la pointe. Le foie débordé les fausses côtes de 3 travers de doigt ; l'hypochondre droit est douloureux à la percussion. Peu d'ascite.

La quantité d'urine excrétée dans les 24 heures qui, jusqu'ici, avait été en moyenne de 1 litre 1/2 à deux lit. 1/2, n'atteint plus un litre. Mêmes caractères que plus haut, céphalalgie violente continue, vomissements, diarrhée, anorexie. La face maigrit, les yeux s'excavent. L'état de la malade continue à s'aggraver. Face décharnée, dyspnée intense. Vomissements, diarrhée. Insomnie. Excitation intellectuelle : vive anxiété. Mêmes signes à l'auscultation du cœur et des poumons. La quantité d'urine recueillie en 24 heures ne dépasse pas un quart de litre. — Le 29 *mars*, la malade succombe sans convulsions, sans délire.

AUTOPSIE. Augmentation notable du liquide céphalo-rachidien. Rien autre à noter pour les centres nerveux.

Le cœur pèse 610 gram. ; augmentation de son volume sans hypertrophie notable des parois. Teinte un peu pâle, flaccidité du tissu.

Le cercle fibreux de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est recouvert d'un grand nombre de granulations grisâtres du volume d'un grain de mil. On rencontre un certain nombre de granulations, sur la face auriculaire des deux valves, surtout dans leur bord libre et aussi sur les tendons des muscles papillaires. L'endocarde ventriculaire, entre la valvule mitrale et la valvule aortique voisine, présente une plaque ovale de 1 cent. 1/2 de long dans son plus grand diamètre, où l'endocarde est remplacé par une matière pulpeuse et noirâtre. Aucune altération de l'aorte. Péricarde intact.

Les deux feuillets de la *plèvre*, à gauche et surtout à droite, sont recouverts et à peine unis par de légères fausses membranes. Très-peu de liquide dans les deux cavités. La base des deux *poumons* est intimement unie à la face supérieure du diaphragme par des fausses membranes assez résistantes. Poumons emphysémateux, gorgés de sérosité.

Foie muscade pesant 2.120 grammes. Périhépatite très-acusée. La *rate* pèse 270 grammes ; autour de l'organe, péritoine notablement épaissi.

Le *rein* droit pèse 250 grammes, le rein gauche 240 gr. Leur capsule, au niveau du hile, en avant et en arrière, ne s'enlève

qu'en entraînant des parcelles de la substance corticale. Sur le reste de l'étendue, la décortication se fait facilement. Dégagée de la capsule, la surface de l'organe offre une teinte saumon tachetée, çà et là, de plaques jaunâtres, irrégulières, d'étendue variable.

Pas de granulations bien apparentes. Sur la coupe, à la région corticale, tissu pâle avec plaques jaunâtres; quelques rares petites taches foncées, comme ecchymotiques. Entre les pyramides de Malpighi, agglomération de petites taches jaunâtres, punctiformes, non saillantes. Cet amas de petites taches jaunâtres se prolonge en pointe dans la substance corticale, jusqu'à peu de distance de la périphérie. Le tissu des pyramides de Malpighi est pâle au centre, plus foncé à la périphérie. Quelques petits calculs dans les bassinets.

Ascite peu abondante; kyste dans chaque trompe; fausses membranes anciennes dans le ligament large droit. Nombreuses ecchymoses assez étendues sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. L'examen microscopique des reins sera fait ultérieurement.

M. CHARCOT. Le rein que nous voyons ici présente tous les caractères de l'altération décrite par les médecins anglais sous le nom de *gros rein blanc*, altération qu'il faut bien distinguer du *rein contracté*. Ce serait une erreur de croire que ces deux lésions fussent des degrés successifs de la même maladie; les recherches modernes tendent à établir que ce sont, au contraire, deux formes spéciales de l'ensemble clinique désigné sous le nom de maladie de Bright. Il est même permis de supposer qu'il y a d'autres formes encore. Quoi qu'il en soit, le gros rein blanc et le rein contracté donnent lieu à des symptômes bien différents. Dans la première forme, l'hypertrophie du cœur est beaucoup plus rare, et ici nous voyons, en effet, à peine un certain degré de dilatation, mais sans épaississement des parois; par contre, les inflammations viscérales sont plus fréquentes; les hydropisies sont plus prononcées, et la mort survient plus rapidement. La seconde forme, au contraire, celle qui répond au rein contracté, a un début beaucoup plus insidieux; les hydropisies manquent souvent, et l'on n'est mis sur la voie du diagnostic que par l'affaiblissement du malade, des insomnies, des lésions de l'œil, etc.; l'urémie est aussi plus souvent observée dans cet ordre de faits que dans le premier; l'hypertrophie du cœur, l'athérome des artères sont des lésions fréquentes; la marche de la maladie est beaucoup plus lente, et les malades peuvent

vivre plusieurs années, sans présenter de symptômes très-inquiétants. Enfin les caractères de l'urine sont aussi très-différents. Rare et chargée d'albumine dans le premier cas, elle est dans la seconde forme très-claire, très-abondante et présente les caractères observés dans la polyurie, avec une albuminurie peu prononcée.

M. HANOT. J'ai eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un jeune homme chez lequel existait aussi le rein large ; il n'y avait pas d'hypertrophie cardiaque, mais une dégénérescence graisseuse très-marquée de tous les organes.

M. LANDOUZY. J'ai observé dernièrement un fait absolument inverse. Chez un malade mort à la suite d'accidents urémiques à forme dyspnéique, nous avons trouvé les reins très-petits ; le plus volumineux ne pesait que 80 grammes. Ce malade n'avait eu comme symptômes de maladie de Bright que de l'anorexie et quelques troubles mal dessinés ; l'urine contenait de l'albumine en abondance. Il existait une hypertrophie du cœur très-marquée, portant principalement sur le ventricule gauche. Cet homme exerçait la profession de potier, mais n'avait jamais eu d'accidents saturnins ; il n'avait pas de liseré gingival.

6. Tuberculose généralisée. Caséification et tubercules des capsules surrénales. Absence totale de Bronzed-skin ; par ALBERT ROBIN, interne des hôpitaux.

Lépinette Jean, 25 ans, domestique, né à Bellon-le-Trichard (Orne), entre à l'hôpital Beaujon, salle Trabuchi, n° 33 (service de M. le professeur GUBLER) le 28 mars 1874.

Antécédents. Le malade ayant eu le délire dès son entrée, on ne recueillit que peu de renseignements. Blennorrhagie en janvier 1873. Pendant le cours de celle-ci, orchite double ayant duré 7 à 8 mois. Depuis 2 mois, il tousse un peu, mais il n'a jamais craché de sang. — La toux survenait le matin seulement ; pas d'expectoration. — Alité depuis 15 jours seulement, le malade a eu au début de son affection des épistaxis répétées, une violente céphalalgie, une diarrhée assez abondante.

Le 20 mars, à la visite du matin, nous le trouvons dans l'état suivant : homme de taille moyenne, d'apparence chétive, en proie à une grande agitation ; il se remue continuellement sur son lit et profère des mots incohérents. La face est empreinte de stupeur comme dans la fièvre typhoïde ; les yeux sont brillants et mobiles, les pupilles dilatées, les conjonctives rouges

et injectées, les pommettes sont plaquées de rouge, ce qui contraste avec le ton pâle et mat de la face. Les réponses sont lentes, embarrassées; l'intelligence est absente, le malade d'ailleurs entend mal les questions qu'on lui pose. Le camarade qui l'a conduit à l'hôpital dit que cette demi-surdité remonte à 8 jours. Céphalalgie intense, généralisée. — Tout le corps est agité d'une sorte de tremblement sur place; soubresauts des tendons, céphalalgie.

La respiration est anxieuse, difficile; tous les muscles inspireurs sont mis en jeu: la bouche est entr'ouverte, les ailes du nez sont dilatées, les muscles du cou tendus. L'inspiration est bruyante, saccadée, irrégulière, accélérée; on note par minute 36 R.

La langue est sèche, couverte d'un enduit jaunâtre, rouge à la pointe et sur les bords. Plus de diarrhée; le malade n'a pas été à la garde-robe depuis hier matin. Le ventre est un peu rétracté en bateau; la pression sur l'abdomen est très-douloureuse. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas de taches rosées lenticulaires, mais les phénomènes d'indépendance organique décrits par M. Gubler sont très-accusés: les raies blanches et les raies rouges se produisent très-facilement, et persistent avec une intensité et une durée remarquables. Pas de vomissements. La région du foie est assez douloureuse. La rate est volumineuse. — Bruits du cœur affaiblis. — Auscultation impossible à cause des soubresauts continuels du malade. Pouls 148, très-petit, filiforme, dépressible. La *voix* enrouée, rauque, prend par instants un timbre étouffé.

Submatité dans toute la hauteur des deux poumons. La respiration à droite, au sommet de la poitrine, est rude et soufflante, et s'accompagne de craquements secs: elle est plus obscure à gauche où s'entendent aussi des craquements et des frottements superficiels. Dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, sous-crépitation fine et souffle peu intense. — Mémes phénomènes à gauche, mais moins accusés.

Incontinence d'urine. Celle-ci est trouble, d'un jaune foncé; elle contient beaucoup d'albumine, et beaucoup d'acide urique; pas de sucre. — La peau est extrêmement blanche et ne présente aucune pigmentation. On porte le diagnostic: tuberculose pulmonaire aiguë à forme typhoïde.

29 mars. Soir. Le malade n'a pas été à la selle. L'agitation a fait place à une profonde stupeur. Tout le corps est couvert de sueurs froides abondantes. Céphalalgie. P. 170, presque impossible à compter. — Mort à 2 heures du matin.

AUTOPSIE le 31 mars à 9 heures du matin, 31 heures après la

mort. *Poids* des organes. Foie, 1,990 gr.— Rein droit, 915 gr. — Rein gauche, 460 gr.— Rate, 495 gr.— Capsule surrénale droite, 33 gr. — Capsule surrénale gauche, 30 gram.

Thorax. — La plèvre est épaissie sur les deux poumons où elle forme une fausse membrane, épaisse, partout continue à elle-même, assez dure, mais facile à détacher. Le *poumon* droit est dans toute sa hauteur infiltré de granulations tuberculeuses miliaires. Au sommet, très-petite caverne de la grosseur d'une noisette; dans cette région, les granulations sont confluentes et l'on ne perçoit aucune parcelle de tissu sain; mais dans les deux tiers inférieurs, elles sont entourées d'un tissu rougeâtre, ce qui donne à cette partie du poumon une coloration rouge brun, ponctuée de taches bleues, jaunâtres, plus ou moins confluentes, tandis que le sommet a une coloration jaune verdâtre.—Autour du hile, très-petites cavernes, de la grosseur d'un pois.— Dans le poumon gauche mêmes lésions. Les petites cavités, signalées dans le poumon droit, existent ici dans toute la partie supérieure, ce qui donne à celle-ci l'aspect d'une éponge. *Ganglions bronchiques* mous, de grosseur moyenne, ne contenant pas de matière tuberculeuse. Trachée très-rouge. A sa face interne, nombreuses sугillations ecchymotiques.

Cœur. Volume normal. Sa surface est vascularisée, les lymphatiques ventriculaires sont très-dilatés, blancs, et forment un réseau assez serré. Un peu d'insuffisance aortique. (Epreuve de l'eau). La valvule mitrale est indurée et présente des noyaux à sa partie libre. Valvules sigmoïdes de l'aorte un peu épaissies. Ventricule droit et oreillette droite remplis de caillots blancs; valvules sigmoïdes pulmonaires saines. Tissu du cœur, mou, flasque, feuille-morte. *Aorte.* Plaques jaunes saillantes et nombreuses mais non ulcérées, à la face interne.

Abdomen. *Foie*, assez gros, mais non congestionné: le lobe gauche paraît exsangue: les veines dilatées sont vides de sang. Pas d'altération de structure visible à l'œil nu. Au microscope, les cellules qui sont situées le plus près du vaisseau central du lobule sont un peu pigmentées; quelques-unes contiennent de fines granulations grasses.

Les *reins*, très-congestionnés, contiennent une grande quantité de petits tubercules miliaires faisant une légère saillie à la surface, et infiltrés dans toute l'étendue de l'organe. Dans le rein droit, la dégénérescence tuberculeuse est plus avancée: il contient de petites cavités de la grosseur d'une noisette, pleines de pus, et entourées de tissu caséux dont elles sont séparées par une zone mince, très-dure, qui leur forme comme une coque. La substance médullaire paraît plus profondément atteinte que la substance corticale.

Les enveloppes des reins, saines, se détachent facilement et

montrent ceux-ci hérissés d'une innombrable quantité de granulations milliaires.

La *rate* est très-volumineuse, mais sa capsule n'est pas épaissie et son tissu est d'une consistance normale. Absence complète de tubercules.

Les *capsules surrénales* sont très-grosses. A la coupe, on voit que leur capsule, très-épaisse, renferme une énorme masse de matière caséuse, molle en certains points, dure en d'autres : la petite quantité de tissu sain qui persiste encore est refoulée à la périphérie par cette masse caséuse : il forme là une zone de 8 à 10 millimètres d'épaisseur, et complètement infiltrée de petits tubercules à divers degrés d'évolution.

Le *testicule* droit est d'un volume normal. Il est sain, mais dans la tête de l'épididyme se trouvent deux cavernes de la grosseur d'une petite noix et pleines de pus. Le canal déférent est sain. Rien dans le testicule gauche ; mais la tête de l'épididyme quoique ne présentant pas de tubercules, est très-adhérente aux membranes qui forment le scrotum et une petite cicatrice existe à ce niveau sur la peau. — La *prostate*, augmentée considérablement de volume, est farcie de matière tuberculeuse ramollie. — *Muqueuse vésicale* très-injectée.

L'*intestin* ne présente aucune altération sérieuse : plaques de Peyer saines ; un peu d'injection de la dernière portion de l'iléon. Rien dans les ganglions mésentériques.

Crâne. Les *méninges* sont injectées. Dans la tente du cervelet, à gauche, existe une masse caséuse du volume d'une petite noix : sur l'hémisphère gauche du cerveau, en avant de la scissure de Rolando, se trouve un nodus caséux analogue : on en rencontre un troisième à la partie antérieure et inférieure du lobe droit. Ces masses sont logées dans la substance grise au-dessus de laquelle elles font saillie : le tissu qui les entoure est injecté et ramolli. Toutes les autres parties du cerveau, du cervelet, de la protubérance ou du bulbe sont saines.

REFLEXIONS. Nous n'insisterons que sur l'état des capsules surrénales. Elles offraient exactement l'altération type décrite par Addison, et cependant la peau du malade ne présentait aucune trace de pigmentation : bien plus, la blancheur de celle-ci nous avait frappé. C'est un cas de plus à ajouter à ceux, nombreux déjà, où l'on a pu constater des lésions surrénales sans Bronzed-skin. On a prétendu qu'en certaines circonstances mal précisées, la pigmentation cutanée n'apparaissait qu'assez tard, quand déjà les troubles fonctionnels de la maladie d'Addison avaient acquis une certaine intensité, et que par conséquent les observateurs devaient rechercher l'existence de ces troubles dans les cas où la concordance n'existait pas

entre les lésions surrénales et cutanées ; mais dans l'observation actuelle, le doute n'est pas permis : malgré l'altération caractéristique des capsules, le malade n'a présenté aucun signe local ou fonctionnel de la maladie d'Addison.

On pourrait rapprocher cette observation de celle de Harley (1858), Döderlein (1860), Murchison (1867), etc., où des dégénérescences caséuses complètes des capsules, ne se sont accompagnées ni de pigmentation externe, ni de troubles fonctionnels accompagnant celle-ci.

M. CHARCOT. A-t-il été possible de déterminer dans quel organe avait débuté la tuberculose ?

M. ROBIN. Les lésions des reins paraissent de date plus ancienne que celles des autres organes ; mais je dois ajouter que le malade avait eu, il y a un an, une orchite probablement tuberculeuse, car elle a laissé une induration très-marquée de l'épididyme, et des cicatrices.

7. Sur la richesse du sang en globules rouges, chez les cancéreux (1) ; par M. L. MALASSEZ.

M. Andral a montré depuis longtemps que le poids des globules rouges était abaissé chez les cancéreux ; il cite (2) le cas d'une femme chez laquelle il n'y avait plus que 21 de globules pour 1,000 de sang ; il constata que cette altération ne se montrait pas dès le début et il en conclut qu'elle était consécutive à l'épuisement de l'organisme et aux hémorrhagies.

Dans ces derniers temps, M. Quinquaud (3) a trouvé que la quantité d'oxygène absorbé par le sang, et partant la proportion d'hémoglobine, était très-diminuée. Ainsi, au lieu de 145, 128 et même 130 d'hémoglobine pour 1,000 de sang, il a trouvé dans cinq cas, les chiffres suivants : 43, 38, 48, 43, 57.

J'ai fait (4) quelques recherches sur le même sujet à l'aide

(1) Le mot de *cancer* est employé ici dans son vieux sens clinique de *tumeur maligne* pouvant s'étendre, se généraliser et récidiver lorsqu'on vient à l'enlever ; il ne signifie donc pas une espèce histologique de tumeur plutôt qu'une autre, il n'est pas pris comme synonyme de carcinome. L'espèce histologique sera indiquée dans les cas où l'examen microscopique aura été fait.

(2) Andral. — *Hématologie*, p. 151.

(3) Quinquaud. — *Acad. des Sciences*, 11 août 1873.

(4) Ces recherches ont été faites pour la plupart en 1872, à l'hôpital Necker, dans le service de mon maître, M. le Dr Potain. Le sang était pris au doigt, à l'aide d'une piqure d'épingle.

de ma méthode de numération ; ce sont les résultats de ces recherches que je vais exposer : j'indiquerai d'abord les chiffres que j'ai trouvés dans les différents cas qu'il m'a été donné d'observer, puis j'en tirerai quelques déductions.

I. OBSERVATIONS.

Obs. 1. — Hôpital Necker, salle Ste-Anne, n° 13. — Femme de 58 ans. — Cancer de l'estomac et du pylore ; tumeurs secondaires dans le foie.

Nombre de globules rouges par millimètre cube de sang.

30 juin 1872.....	1.680.000
4 ^{er} juillet	1.560.000 (mourante).

Obs. 2. — Hôp. Necker, Ste-Anne, n° 33. — Femme de 55 ans. — Cancer de l'estomac ; douleurs épigastriques depuis 2 ans, vomissements depuis 6 mois.

4 ^{er} juillet 1872....	2.340.000
14 — —	2.180.000
16 septembre	2.000.000

Obs. 3. — Hôp. Necker, St-Louis, n° 14. — Homme, 51 ans. — Cancer de l'estomac et du foie ; douleurs épigastriques depuis 5 mois, vomissements depuis 1 mois.

Du 22 septembre au 15 octobre 1872, les chiffres ont varié de..... 2.800.000 à 2.500.000.

Obs. 4. — Hôp. Necker, St-Luc, n° 32. — Homme de 48 ans. — Cancer de l'estomac et du foie ; douleurs épigastriques depuis 4 mois.

29 septembre 1872.	2.930.000
--------------------	-----------

Obs. 5. — Hôp. Necker, Ste-Anne, n° 23. — Femme encore jeune. — Epithélioma cylindrique du col de l'utérus.

1 ^{er} octobre 1872 ..	2.400.000
---------------------------------	-----------

Obs. 6. — Hôp. Necker, Ste-Anne, n° 5. — Femme de 40 ans. — Cancer du col de l'utérus, et des culs-de-sac vaginaux ; pertes sanguinolentes.

14 novembre 1872	3.080.000
18 —	2.600.000
13 décembre —	2.200.000

Obs. 7. — Hôp. Charité, St-Charles, n° 22. — Homme de 46 ans. — Epithélioma tubulé de l'œsophage et des ganglions cervicaux profonds (1).

Janvier 1873.....	3.080.000
-------------------	-----------

(1) Voir observ. par Lépine. *Soc. Anatom.*, 1873, p. 73.

Obs. 8. — Hôp. Necker, Ste-Anne, n° 21. — Femme âgée
— Cancer de l'utérus, hémorrhagies abondantes.

Janvier 1873 1.540.000

Obs. 9. — Hôp. Beaujon, Ste-Paule, n° 21. — Homme, 45
ans. — Cancer du péritoine, du foie et des poumons.

Février 1873 3.860.000

II. DÉDUCTIONS.

1° Si nous prenons les nombres maxima et minima trouvés
d'une part chez les hommes et, de l'autre, chez les femmes :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Maxima.....	3.860.000	3.080.000
Minima	2.500.000	1.540.000

Nous constatons un premier fait, à savoir : que chez tous nos
malades, il y a eu diminution dans la richesse globulaire du
sang.

2° En admettant que le nombre normal de globules soit
4.500.000 chez l'homme, et 3.500.000 chez la femme, chiffres
faibles, et comparant ces chiffres à ceux que nous avons
trouvés chez nos malades, nous voyons que les globules sont
devenus chez les hommes de 1,1 fois à 1,8 moins nom-
breux, et chez les femmes de 1,1 fois à 2,2 ; c'est-à-dire que
l'hypoglobulie a été à peu près la même dans les deux
sexes.

3° Si l'on classe les hommes et les femmes selon leur âge,
voici ce qu'on remarque :

HOMMES :	45 ans	(Obs. IX)	3.860.000
—	46 —	(Obs. VII)	3.080.000
—	48 —	(Obs. IV)	2.930.000
—	51 —	(Obs. III)	2.800.000 à 2.500.000
FEMMES :	40 —	(Obs. VI)	3.080.000 à 2.200.000
—	55 —	(Obs. II)	2.340.000 à 2.000.000
—	58 —	(Obs. I)	1.680.000 à 1.560.000

Ainsi, l'hypoglobulie chez les cancéreux est d'autant plus
intense qu'ils sont plus âgés, comme si le grand âge rendait
l'économie moins résistante à cette influence morbide. (1)

4° Il faut également tenir compte de la durée de la maladie ;
en effet, les observations II et VI dans lesquelles plusieurs
numérations ont été faites à des époques différentes nous mon-

(1) Un fait semblable se constate dans les intoxications saturnines ; voir
Société de Biologie, décembre 1873.

trent que les chiffres baissent avec la durée de la maladie, que par conséquent l'hypoglobulie augmente avec les progrès du mal.

5° Les observations précédentes ne sont ni assez nombreuses, ni assez variées pour déterminer l'influence du siège et de la nature du cancer sur l'hypoglobulie; c'est un point intéressant à rechercher. Le chiffre le plus faible a été trouvé dans un cas de cancer utérin (obs. VIII) compliqué d'hémorrhagies abondantes; ce qui nous montre le rôle important que doit jouer, dans l'hypoglobulie des cancéreux, cette complication si fréquente.

6° Nous avons vu plus haut que l'hypoglobulie augmente avec les progrès du mal; en comparant les pertes de globules faites dans le même laps de temps, on peut se rendre compte de la rapidité avec laquelle se produit cette hypoglobulie et des variations que présente cette rapidité suivant les cas; mais il faudrait avoir un certain nombre de numérations pour chaque malade et c'est malheureusement ce qui manque dans la plupart de nos observations.

Je ne parlerai que des malades des observations II et VI. La femme de l'obs. II a perdu 340.000 globules par millimètre cube de sang dans l'espace de 2 mois $1\frac{1}{2}$; c'est-à-dire 136.000 par mois, en supposant la perte égale au commencement comme à la fin, (ce qui n'est peut-être pas très-exact); en comparant au chiffre de globules qu'elle avait au début, on voit que la perte a été d'un dix-septième ($\frac{1}{17}$). La femme de l'obs. VI a perdu 880.000 dans l'espace d'un mois; presque le tiers ($\frac{1}{3}$) de ce qu'elle avait au début. Quelle peut être, dans ces deux cas, la cause d'une telle différence dans la marche de l'hypoglobulie? — L'âge? Mais la première de ces malades, celle qui a perdu le moins rapidement, était la plus âgée; elle devait donc être la moins résistante, comme nous l'avons dit précédemment. — Le siège? Mais la première avait un cancer de l'estomac troublant singulièrement les digestions et elle devait réparer moins facilement ses pertes. — Les hémorrhagies? Mais toutes deux en présentaient, sans qu'on puisse dire qu'elles fussent plus abondantes chez l'une que chez l'autre. Cependant il y avait là une différence; le sang perdu par l'estomac était peut-être digéré en partie et pouvait ainsi servir à la nutrition; tandis que celui qui s'échappait par l'utérus était évidemment complètement perdu pour l'économie; et c'est probablement ce qui fait que la femme de l'obs. VI, quoique étant plus capable de résister, baissait plus rapidement que la femme de l'obs. II; ses pertes étaient plus irréparables.

J'ajouterai en terminant que chez les cancéreux, les globules

m'ont paru peu colorés, qu'ils sont très-altérables dans le sérum artificiel que j'emploie, ce qui est en rapport avec la grande quantité d'urochrome que l'on trouve habituellement dans les urines de ces malades. Enfin dans trois cas j'ai fait la mensuration des globules; deux fois je n'ai pas trouvé de différence appréciable, mais dans le troisième cas (obs. IX) de cancer généralisé, les globules étaient pour la plupart très-petits; c'est encore là un point intéressant à reprendre et à suivre (1).

M. PARROT. Les différences observées par M. Malassez sont fort intéressantes, mais l'explication qu'il propose me semble contestable; on a admis, je le sais bien, que le sang pouvait être absorbé et même repris en nature, mais ce fait est loin d'être prouvé. M. Malassez a-t-il fait quelques expériences à ce sujet?

M. MALASSEZ. Je ne puis citer que des expériences faites en Allemagne. Du reste, je n'ai pas voulu dire que le sang fût repris en nature, mais bien que les éléments pouvaient, après avoir été digérés, servir à la nutrition. Encore est-ce à titre d'hypothèse que je donne cette explication, et faute d'en trouver une meilleure.

M. DEBOVE. Les différences constatées ne peuvent-elles pas tenir aussi à la nature de la lésion? On sait, en effet, que le cancer de l'utérus est ordinairement un épithélioma et que celui de l'estomac est plus souvent un carcinome.

M. MALASSEZ. Dans le fait que j'ai eu en vue, l'autopsie n'a pu être pratiquée; mais l'épithélioma est lui-même assez fréquemment observé à l'estomac.

ÉLECTIONS.

A la fin de la séance, sont nommés *membres correspondants* de la Société : MM. ALFEROW et BARETY.

(1) Une partie de ce travail a été publiée depuis, 25 mai, dans le *Journal de thérapeutique*.

Séance du 17 avril.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

8. De la richesse du sang en globules rouges chez les tuberculeux ; par M. L. MALASSEZ.

La richesse du sang des tuberculeux en globules rouges a déjà été étudiée par un certain nombre d'observateurs (1) ; mais jusqu'à présent, ces études ont toujours été faites à l'aide de méthodes et de procédés physico-chimiques. Je viens exposer les résultats que m'a donné sur ce même sujet un moyen différent : la numération des globules rouges. J'indiquerai d'abord le nombre de globules que j'ai trouvé, par millimètre cube de sang, dans les quelques cas que j'ai observés (2) ; j'en déduirai ensuite quelques conclusions générales, en les comparant, chemin faisant, à celles obtenues par les analyses physico-chimiques.

I. OBSERVATIONS.

Observation 1. — Hôpital Necker, salle Saint-Louis n° 7 ; homme de 22 ans. — Hémoptysie il y a 4 ans. — Tousse depuis 18 mois. — Tuberculose au 1^{er} degré, passage au 2^e degré.

11 novembre 1872	4.370.000
14 — —	4.200.000
13 décembre —	3.640.000

Obs. 2. — H. Necker, Saint-Louis, n° 6. — Homme de 49 ans, s'enrhume tous les hivers depuis 10 ans, toussé continuellement depuis 4 an. — Phymie et emphyseme ; cavernes.

15 octobre 1872	3.900.000
10 décembre 1872	3.140.000

Obs. 3. — H. Beaujon, Saint-Jean n° 9. — Homme, 50 ans, Nègre. — Bronchite tuberculeuse.

3 février 1873	3.810.000
----------------------	-----------

(1) Andral et Gavarret. — *Annales de Chimie et de Physique*, 1840.

Andral, Gavarret et Delafond, id., 1842.

Becquerel et Rodier. — *Mémoires Acad. des Sciences*, nov., 1844.

Quinquaud. — *Comptes-rendus Acad. des Sciences*, 1873.

(2) La plupart de ces observations ont été faites en 1872 à l'hôpital Necker, dans le service de mon maître, M. le Dr Potain.

Obs. 4. — H. Necker, Saint-Louis n° 8. — Homme, 23 ans, très-vigoureux, sanguin. — Tousse depuis quelques semaines; a rendu quelques crachats sanguins. — Simple induration des sommets. — Huile de foie de morue à haute dose :

20 septembre 1872	3.910.000
15 octobre —	4.060.000
10 décembre —	4.200.000
8 janvier 1873	4.480.000

Obs. 5. — H. Necker, Saint-Louis n° 22. — Homme, 45 ans. — Tousse habituellement. — Hémoptysie très-abondante le 17 septembre 1872. — Tuberculose au 1^{er} degré.

20 septembre 1872	2.620.000
16 octobre —	3.770.000

Obs. 6. — H. Necker, Saint-Louis n° 14. — Homme, 20 ans. — Hémoptysies, très-abondantes et répétées.

20 octobre 1872	2.560.000
-----------------------	-----------

Obs. 7. — H. Necker, Sainte-Anne n° 27. — Femme, 23 ans. — Tousse depuis 2 ans. — Tuberculose probable.

29 septembre 1872	3.900.000
-------------------------	-----------

Obs. 8. — H. Necker, Sainte-Anne, n° 22. — Femme 20 ans. — Tousse depuis 18 mois. — Tuberculose 1^{er} degré.

1 ^{er} octobre 1872	3.740.000
------------------------------------	-----------

Obs. 9. — H. Necker, Sainte-Anne, n° 8. — Femme 34 ans. — Tuberculose 1^{er} degré.

2 novembre 1872	3.740.000
-----------------------	-----------

Obs. 10. — H. Necker, Sainte-Anne, n° 11. — Femme 22 ans. — Tousse habituellement, surtout depuis 3 mois. — Tuberculose 1^{er} degré. — Vient d'avoir ses règles.

13 octobre 1872	3.180.000
-----------------------	-----------

Obs 11. — H. Necker, Sainte-Anne n° 11. — Femme 33 ans. — Tousse depuis un an ; s'améliore.

19 novembre 1872	2.660.000
13 décembre —	2.850.000

Obs. 12. — H. Necker, Sainte-Anne n° 26. — Femme 27 ans. — Tousse depuis plus d'un an. — Tuberculose 1^{er} et 2^e degré s'aggravant, petites hémoptysies. — Mort en octobre.

21 septembre 1872	3.120.000
29 — —	2.180.000

Obs. 13. — H. Necker, Sainte-Anne n° 8. — Femme 20 ans. — Garde le lit depuis 4 mois. — Tuberculose 3^e degré. — Mort le 11 juillet.

18 juin 1872.....	2.690.000
2 juillet 1872.....	2.180.000

Obs. 14. — H. Necker, Sainte-Anne, n° 12. — Femme 23 ans — Tuberculose 3° degré. — Ne mange plus, diarrhée chronique. — Mort le 25 septembre.

16 septembre 1872.....	980.000
------------------------	---------

II. DÉDUCTIONS.

1° Si parmi tous les chiffres, nous prenons seulement les maxima et les minima trouvés, d'une part chez les hommes, et de l'autre chez les femmes, nous avons :

	Hommes	Femmes
Maxima.....	4.480.000	3.900.000
Minima.....	2.560.000	980.000

Ce qui nous apprend que, chez les tuberculeux, on peut trouver dans le sang, depuis un nombre normal de globules rouges jusqu'à un chiffre très-faible, presque le quart de l'état normal.

Ces résultats sont d'accord avec ceux de MM. Becquerel et Rodier (1) ; mais il ne le sont pas avec ceux de MM. Andral et Gavarret (2) qui soutiennent qu'il y a toujours diminution dans la proportion des globules rouges. Cette divergence tient peut-être à ce qu'ils n'ont pas observé des phthisiques tout-à-fait au début ; nous verrons en effet, plus loin, que c'est dans ces cas que les chiffres normaux de globules ont été trouvés, et ce qui confirme cette manière de voir, c'est que dans les recherches que ces mêmes auteurs ont faites avec M. Delafond (3) sur les animaux, on voit que, chez des béliers moutons et brebis tuberculeux, ils ont trouvé parfois des chiffres normaux.

Si au lieu de tenir compte des maxima et des minima, on ne prend que les moyennes des chiffres, on trouve une diminution dans la proportion des globules, qu'il s'agisse du nombre ou du poids des globules, quels que soient les observateurs et les méthodes.

Ce fait général est en rapport avec cet autre constaté par

(1) Becquerel et Rodier, *loc. cit.* p. 99.

	Maxima	Minima
Hommes phthisiques (p. 99)	143	100
Hommes sains (p. 22)	152	131

(2) Andral et Gavarret, *loc. cit.* p. 268.

Andral. — *Hématologie*, p. 171.

(3) Andral, Gavarret et Delafond, *loc. cit.*

	Maxima	Minima
Animaux tuberculeux (tableaux C. et D. p. 36)	83,8	61
Id. sains (tableau II. p. 27)	110,4	83,8

Soc. ANAT.

19

M. Quinquaud(1), à savoir : la diminution de la quantité maxima d'oxygène que peut absorber une même quantité de sang de tuberculeux ; on peut aussi rappeler à ce propos les recherches de Nysten et de Hannover (2) qui ont montré que les phthisiques exhalaient une moins grande quantité d'acide carbonique.

2° En comparant les chiffres trouvés, chez les hommes d'une part, et de l'autre chez les femmes, on constate que les femmes tuberculeuses ont un moins grand nombre de globules que les hommes tuberculeux ; ce même fait ressort également des analyses de MM. Becquerel et Rodier ; cela s'explique facilement, les hommes ayant à l'état normal plus de globules rouges que les femmes.

Si on calcule dans les deux sexes les rapports avec l'état normal, on trouve que dans les cas que j'ai observés, la diminution a été un peu plus marquée chez les femmes ; en faisant les mêmes calculs avec les chiffres de MM. Becquerel et Rodier, on trouve le contraire. Je n'insiste pas ; on conçoit facilement que pour élucider de pareilles questions, il faudrait que les calculs portassent sur un bien plus grand nombre de faits que nous n'en avons eu à observer, MM. Becquerel et Rodier, et moi.

Ce même défaut de nombre dans les observations empêche de se rendre compte de l'influence que l'âge peut avoir sur l'hypoglobulie des tuberculeux.

3° Pour les mêmes raisons, on ne saurait dire quel a été le rôle du siège des tubercules.

Mais en classant ces observations d'après le degré auquel était arrivée la maladie, et en écartant, bien entendu, les cas où existait une cause spéciale d'hypoglobulie telle que des hémorrhagies, on trouve des différences très-tranchées.

Ainsi, chez les tuberculeux du premier degré (obs. 1 et 4), nous voyons que les chiffres des globules ont varié entre 4,480,000, nombre normal, et 3,640,000, nombre qui s'éloigne peu de ce qu'ont certaines personnes à l'état de santé. De même, chez les tuberculeuses au premier degré (obs. 7, 8, 9, 10), chez lesquelles les chiffres ont oscillé entre 3,900,000 et 3,180,000. Tandis que, chez les femmes phthisiques au 2° et 3° degré (obs. 12, 13, 14), le nombre le plus fort trouvé a été 3,120,000 et ce nombre a pu descendre jusqu'à 980,000, c'est-à-dire à

(1) Quinquaud. — *Comptes-rendus, Académie des Sciences, août 1873.*

(2) Nysten. — *Recherches de physiologie et de chimie pathologique, 1811.*
— Hannover. — *De quantitate relativa et absoluta acidi carbonici ab homin. sano et aegrot. exhalati.* Copenhague 1845 ; cité par Milne Edwards. *Anat. et physiol. comp.*, t. II, p. 570.

près du quart de l'état normal ; la perte avait donc été des trois quarts.

L'hypoglobulie, nulle chez les malades au début de la tuberculose a donc été trouvée d'autant plus considérable que les lésions tuberculeuses étaient plus avancées.

Les analyses chimiques de MM. Andral et Gavarret (1), Becquerel et Rodier (2), celles de M. Quinquaud (3), ont donné des résultats analogues ; excepté cependant pour le début de la tuberculose, où comme je l'ai déjà dit, MM. Andral et Gavarret ont toujours trouvé une diminution dans la proportion des globules rouges.

4° Il faut encore, dans l'hypoglobulie des tuberculeux, tenir compte des complications. Ainsi, l'homme de l'observation 5 ne présentait à son entrée à l'hôpital que 2,620,000 globules rouges, quoique ayant une phymie au 1^{er} degré, c'est-à-dire une lésion avec laquelle peut exister un nombre normal ou peu diminué de globules rouges ; mais cet homme avait eu trois jours auparavant plusieurs hémoptysies très-abondantes, et c'est à cette circonstance qu'il devait très-certainement d'avoir un chiffre de globules si peu élevé.

Inversement, l'homme de l'observation 2 avait, lors de son entrée à l'hôpital, 3,900,000 globules rouges, quoique ayant une phymie au deuxième degré ; mais en même temps il était emphysémateux ; or, je montrerai plus loin que chez ces malades la marche de l'hypoglobulie paraît moins rapide.

Je ferai remarquer encore que le chiffre de globules le plus faible a été constaté chez une phthisique au 5^e degré (obs. 14) atteinte de diarrhée chronique ; elle n'avait que 980,000 globules rouges par millimètre cube de sang. Quel a été dans ce cas le rôle de la diarrhée chronique ? On sait que les diarrhées des purgations, ainsi que celles qui sont liées à la cholérine ou au choléra, produisent une augmentation de nombre des globules rouges par concentration du sang, et, au premier abord, on est porté à croire que la diarrhée chez notre malade a dû produire un effet semblable, ce qui aurait eu pour conséquence de masquer en partie l'hypoglobulie due à la phthisie. Je ne crois pas cependant qu'il en soit ainsi, parce que c'est également chez un phthisique atteint de diarrhée conti-

(1) Andral et Gavarret, *loc. cit.*, p. 268.

(2) Becquerel et Rodier, *loc. cit.*, p. 103.

(3) Quinquaud, *loc. cit.* La quantité d'oxygène absorbé par 100 centim. cubes de sang a été :

		maxima.	minima.
Tuberculeux	1 ^{er} degré (4 cas)	24	20
—	2 ^e degré (4 cas)	23	18
—	3 ^e degré (6 cas)	22	10

nuelle que MM. Becquerel et Rodier (1) ont trouvé le chiffre de globules le plus faible, parce que c'est chez un malade non tuberculeux affecté de dysenterie chronique constatée en Cochinchine que j'ai trouvé le chiffre le plus bas, parmi tous ceux que j'ai recueillis jusqu'à présent, et parce que d'après ces faits, les diarrhées chroniques paraissent agir en sens inverse des diarrhées aiguës précédemment citées. Aussi, je suis porté à croire que les diarrhées chroniques des tuberculeux sont, comme les hémoptysies, une cause d'aggravation dans l'intensité de leur hypoglobulie; c'est du reste l'opinion de MM. Becquerel et Rodier (2).

3° Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que de l'intensité de l'hypoglobulie des tuberculeux, et de ses différentes causes; si maintenant nous étudions les observations où plusieurs numérations ont été faites à des époques différentes, nous pourrions avoir une idée de la marche de l'hypoglobulie, c'est-à-dire de la direction qu'elle suit et de la rapidité avec laquelle elle évolue.

Un premier fait saute aux yeux: dans les unes (obs. 4, 5, 11) le nombre de globules est allé en augmentant, à partir de l'entrée des malades à l'hôpital; tandis que dans les autres (obs. 1, 2, 12, 13) le nombre est allé en diminuant. A quoi tient cette divergence dans la marche?

On remarque tout d'abord, que les malades chez lesquels les globules ont augmenté de nombre, étaient tous des phthisiques au 1^{er} degré, tandis que parmi les autres nous n'en trouvons qu'un seul qui fût au premier degré (obs. 1) et encore le 2^e degré s'annonçait-il déjà. Nous sommes donc porté à penser que cette amélioration de l'hypoglobulie des phthisiques, n'est possible, ou tout au moins, n'est fréquente que lorsque les lésions tuberculeuses sont encore peu avancées.

Rapportons à un même laps de temps, à un mois par exemple, les gains faits par chacun de ces malades et comparons ces gains au chiffre de globules lors de la première numération.

<i>Gain de globules :</i>		
<i>par millim. cube de sang : par rapport au chiffre primitif :</i>		
Obs. 4.....	142.000.....	$\frac{1}{27}$
— 5.....	1 150.000.....	$\frac{3}{2}$
— 11.....	190.000.....	$\frac{1}{44}$

Le malade de l'obs. 5, celui qui a gagné le plus de globules est le même malade qui avait eu plusieurs hémorrhagies très-

(1) Becquerel et Rodier, *loc. cit.*, p. 99.

(2) Id., p. 103.

abondantes, trois jours avant la première numération, laquelle nous a donné un chiffre de globules si bas, ce que nous avons attribué à l'influence de l'hémorrhagie. La rapide augmentation de globules qu'il a ensuite présentés, s'explique alors facilement; elle nous indique vraisemblablement la réparation d'un accident, de l'hémorrhagie, et non pas la guérison de la tuberculose.

Le malade de l'obs. 4 avait bien eu quelques crachements de sang quelque temps avant son entrée à l'hôpital, mais ils étaient si légers, qu'on ne peut, chez lui, expliquer l'augmentation du nombre des globules par la guérison d'une anémie suite d'hémorrhagie, comme dans le cas précédent. Du reste, le malade de l'observation 11 n'avait pas eu d'hémorrhagies antérieures et cependant, les globules ont augmenté d'une quantité plus considérable encore. Il me paraît plus vraisemblable d'admettre dans ces deux cas une amélioration en rapport avec l'amélioration des lésions locales et de l'état général. Je dois dire que ces deux malades prenaient de l'huile de foie de morue en assez grande quantité, et il est possible que ce traitement ait eu une certaine influence dans l'amélioration de ces malades. C'est du reste ce qu'ont déjà constaté chimiquement deux médecins anglais, Th. Thompson, et D. Campbell (1); ils ont trouvé chez des phthisiques une augmentation dans la proportion des globules rouges après le traitement par l'huile de foie de morue et aussi après le traitement par l'huile de Coca. L'huile d'olive et celle d'amandes douces n'ont pas donné les mêmes résultats.

6° Si maintenant nous passons aux tuberculeux, chez lesquels l'hypoglobulie est allée s'aggravant (obs. 1, 2, 12, 13) nous constatons que chez tous, les lésions étaient au 3^e ou au 2^e degré, ou, tout au moins, passaient au 2^e degré (obs. 1.)

La rapidité de la marche de l'hypoglobulie a été chez ces malades très-différente :

Perte de globules :

par millim. cube de sang : par rapport au chiffre primitif :

Dans un mois :

Obs. 1.	730.000.....	$\frac{1}{6}$
— 2.	380.000.....	$\frac{1}{10}$

(1) Citation extraite de *Schmidt Jahrbücher*, 1855, vol 85, p. 8.

	Hommes.	Femmes.
Moyenne de globules rouges avant traitement..	129.20	116.53
— après huile de foie de morue.....	136.47	141,53
— huile de Coca.....	138.74	
	139.95	
	144.94	

Bans 8 jours :

Obs. 12.....	940.000.....	$\frac{1}{3}$
— 13.....	510.000.....	$\frac{1}{5}$

On peut s'expliquer ces différences. Le malade de l'obs. 2 a perdu moins de globules que celui de l'obs. 4 quoique ses lésions soient plus accusées; mais il était emphysémateux et il est admis généralement que, chez les emphysémateux, la marche de la tuberculose est moins rapide; nous avons vu plus haut que chez ce malade l'hypoglobulie était peu intense. La malade de l'obs. 12, au contraire, a perdu plus de globules que celle de l'obs. 13, quoique ayant des lésions moins avancées, mais elle était sujette à des hémoptysies, peu abondantes il est vrai, mais très-fréquentes; c'est la contre-partie de notre malade de l'obs. 5. On voit donc, que dans la marche comme dans l'intensité de l'hypoglobulie des tuberculeux, il faut tenir compte, non pas seulement du degré des lésions, mais encore des complications.

MM. Becquerel et Rodier (1) avaient remarqué d'une façon générale que, chez des phthisiques saignés à plusieurs reprises, le chiffre des globules allait toujours en baissant « mais, disent-ils, il est difficile de dire si on doit attribuer cette diminution aux progrès de la maladie ou aux saignées (2) ». Avec la numération des globules ce doute n'est plus possible, il n'y a pas à tenir compte de la perte de sang.

En résumé, chez les tuberculeux que j'ai examinés, l'hypoglobulie a toujours été constatée lorsque les lésions étaient au 2^e ou 3^e degré.

Elle a manqué ou existant a pu s'amender chez les malades au 1^e degré. Cette amélicration a pu résulter du traitement institué; elle a été très-considérable chez un malade qui avait eu des hémoptysies qu'on avait réussi à arrêter.

On conçoit qu'avec des observations plus nombreuses faites sur un plus grand nombre de tuberculeux, on puisse établir des courbes très-instructives au point de vue de l'influence des lésions, des complications, des traitements employés, sur l'intensité et la rapidité des variations dans la richesse du sang en globules rouges chez les tuberculeux.

(1) Becquerel et Rodier, *loc. cit.*, p. 98.

Moyenne des globules . .	{	1 ^{re} saignée..	125.0
		2 ^e saignée..	122.7
		3 ^e saignée..	103.5

(2) Id. p. 103.

3. Aortite chronique; symptômes d'angine de poitrine; mort subite par syncope cardiaque; à l'autopsie, rétrécissement excessif de l'orifice des artères coronaires; athérome de l'aorte; infarctus du rein et du cœur, par M. Remy, interne des hôpitaux.

B... âgé de 49 ans, arrive le 11 avril au matin à la consultation, se plaignant d'un peu d'oppression habituelle depuis près d'un mois, et de quelques douleurs dans la région du cœur. Il n'a pas d'œdème des jambes, respire assez facilement, et paraît peu malade. Il est seulement très-pâle.

Au moment où, après avoir monté les deux étages de Necker, il entre à la salle Saint-Louis, il tombe brusquement, perd connaissance. On constate à ce moment que le pouls est supprimé, que les battements du cœur sont nuls, bien que la respiration persiste à de longs intervalles. Malgré les frictions, l'électrisation, etc., la mort survient en quelques instants.

AUTOPSIE le 12 avril. Le cœur est assez volumineux : il mesure 14 centimètres de la pointe à l'origine de l'artère pulmonaire, 13 $\frac{1}{2}$ transversalement à la base. — Le *ventricule droit* n'est pas très-dilaté. La valvule tricuspide est épaissie, mais large et suffisante, comme on le constate en versant de l'eau dans l'intérieur du ventricule. Il en est de même des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire qui sont saines et normales. *L'oreillette droite* est un peu dilatée.

Le *ventricule gauche* est manifestement hypertrophié, ainsi que l'oreillette gauche dont les parois sont épaissies. Tout l'endocarde auriculo-ventriculaire est louché et augmenté d'épaisseur. L'orifice mitral n'est pourtant pas rétréci, il admet quatre doigts sans difficulté. La valvule mitrale, bien qu'indurée et fortement épaissie, est large et les valves sont parfaitement conniventes. Il en est de même des sigmoïdes de l'aorte, qui sont seulement un peu scléreuses. Il n'y a pas d'insuffisance aortique. Les cavités cardiaques *ne renferment aucun caillot*.

Les lésions principales siègent au niveau de l'aorte; cette artère, dans toute son étendue, est indurée, parsemée de plaques athéromateuses et calcaires, rugueuse et ulcérée sur quelques points. Il y a là en un mot des lésions avancées d'aortite chronique. Au voisinage de l'orifice aortique, la crosse se renfle en une dilatation fusiforme considérable; le diamètre transversal de l'aorte à ce niveau dépasse 8 centimètres. Toute cette portion est parsemée de plaques calcaires.

L'examen des *artères coronaires* donne l'explication du mé-

canisme par lequel s'est produite la syncope. En suivant l'artère coronaire gauche (antérieure), dans le sillon interventriculaire, on constate tout d'abord qu'elle est vide de sang, et en outre, qu'elle est fort dilatée, et parsemée, comme l'aorte elle-même, de plaques athéromateuses. Mais au niveau de son passage sous l'auricule près de son point d'émergence de l'aorte, on la voit brusquement se rétracter et diminuer de calibre, au point qu'elle n'a pas plus de 1½ millimètre de diamètre, au lieu de 3 millimètres au moins qu'elle présente dans le reste de son parcours. L'orifice de l'artère au niveau de l'aorte est surtout rétréci, converti en un pertuis filiforme par une induration athéromateuse. Il a la forme d'un petit entonnoir à bords froncés, et c'est à grand peine que l'on peut introduire un stylet de trousse à travers son ouverture.

L'artère coronaire droite (postérieure) présente les mêmes lésions, à un degré moindre. Son orifice est également très-rétréci, cependant il admet facilement le stylet. Dans le reste de son parcours elle est saine, et même dilatée, ainsi que l'artère circumfrentielle de la base du cœur, ce qui prouve qu'il existait depuis longtemps une circulation collatérale supplémentaire. Le *myocarde*, dans tout le ventricule droit, est sain et a son aspect et sa consistance normale. Il n'en est plus de même du ventricule gauche, au voisinage de l'oreillette, et dans une étendue qui correspond à la circonscription vasculaire de la coronaire gauche. Il y a là des altérations qui correspondent à un infarctus en voie de dégénérescence graisseuse. Les fibres du cœur sont mollasses, friables : elles sont d'une couleur lardacée, et on voit, infiltrée au milieu d'elles, une matière d'un blanc jaunâtre qui paraît à l'œil nu constitué par de la graisse. — Dans cette partie du cœur, on distingue également des ecchymoses interstitielles.

Ces lésions expliquent comment, à un moment donné, sous l'influence des efforts nécessités par l'ascension des 2 étages de l'hôpital, il n'est parvenu au cœur qu'une quantité de sang insuffisante, d'où syncope mortelle.

Les autres viscères, sauf les reins, ne présentent que peu d'altérations. Les *poumons* sont sains, un peu congestionnés aux deux bases : dans la plèvre se voit une légère quantité de liquide. Le *foie* est volumineux, très-congestionné, pas graisseux. Les *reins* sont assez malades. Ils sont volumineux, injectés, et l'on voit saillir les glomérules dans la substance corticale. Le rein gauche offre à la périphérie une série d'infarctus déjà anciens, en voie de régression graisseuse, de forme triangulaire, jaunâtres, et entourés à la coupe d'une zone de pigmentation noirâtre, produite par du sang primitivement extravasé et résorbé ultérieurement. Au niveau de

ces infarctus, la surface du rein offre une dépression cicatricielle, avec adhérence et épaissement de la capsule de Glisson.

Le *cerveau* a été examiné avec soin; nulle part on n'a trouvé de lésion capable d'expliquer une mort subite, mais partout en revanche, des traces de congestions anciennes et fréquentes. Les méninges sont injectées et oedémateuses: la pie-mère pourtant, se décortique facilement, sans présenter d'adhérences aux circonvolutions. Celles-ci sont fermes, point injectées. Mais, dans la substance blanche, on trouve un piqueté hémorragique très-accusé, qui va augmentant considérablement au fur et à mesure qu'on s'approche des corps striés. Là, les vaisseaux sont très-dilatés, et entourés d'une zone de pigmentation; leur abondance est telle qu'elle simule un état lacunaire et réticulé de la substance cérébrale.

Un point fort intéressant, c'est qu'en regard des lésions si profondes et si étendues de l'aorte, il n'existait d'athérome dans aucune des artères; celles de la base du crâne sont absolument intactes, et présentent leur calibre et leur souplesse normale. Par comparaison la radiale a été examinée, et reconnue saine. Il s'agit donc bien, dans ce cas, d'une affection spéciale à l'aorte, d'une aortite chronique, qui a été le point de départ des embolies rénales, et qui a donné lieu à l'hypertrophie cardiaque secondaire. Enfin, par le rétrécissement de l'orifice des artères coronaires, cette aortite est devenue la cause immédiate des accidents qui ont amené la mort, et le mécanisme suivant lequel se sont produits, ces accidents, peut, il me semble, être rapproché de celui qu'on a invoqué pour expliquer certains faits de claudication intermittente.

M. DEBOVE. M. Rendu nous a dit que le malade était mort subitement, sans avoir pu donner de renseignements. A-t-il été possible de savoir s'il avait présenté, auparavant, la douleur caractéristique de l'angine de poitrine?

M. RENDU. Le malade, avant de tomber, a poussé un cri qui a été entendu par plusieurs personnes. De plus, nous avons appris par sa femme qu'il était déjà souffrant depuis 18 mois. Le symptôme dominant était l'oppression; il ne pouvait plus faire, depuis longtemps, le moindre effort sans étouffer. Il était très-sujet à des étourdissements, et s'était plusieurs fois trouvé mal. Parfois, il éprouvait dans la poitrine une douleur profonde et une vive sensation d'angoisse, mais cette douleur restait localisée dans la poitrine, sans irradiation vers les membres supérieurs. Elle était assez pénible cependant, pour qu'à plusieurs reprises il ait cru son dernier moment

venu, et rappelait par ce côté les accès d'angine de poitrine. Il toussait fréquemment, et avait eu l'an dernier plusieurs hémoptysies.

M. CHARCOT. L'explication proposée par M. Rendu est une hypothèse ingénieuse, parfaitement admissible pour le fait qu'il vient de présenter. Héberden avait cru pouvoir rapporter l'angine de poitrine à une lésion des artères coronaires, mais la cause des accidents de cette maladie est encore fort obscure, et il est certain que l'application de la théorie de la claudication intermittente par oblitération artérielle est de nature à éclairer le mécanisme de ces accidents. Le malade avait-il présenté des symptômes autres que la douleur précordiale, et en particulier, des engourdissements dans le bras ?

M. RENDU. Il n'avait jamais accusé rien de semblable, et s'était plaint seulement de la douleur sternale.

M. CHARCOT. La systématisation de l'endarterite en certains points du système artériel a déjà été signalée, particulièrement par Rokitsanski. On sait que les artères de l'encéphale peuvent être affectées isolément ; d'autres fois c'est l'aorte inférieure ; ailleurs comme dans un fait récemment présenté par M. Pierret (7 mars), la lésion est limitée à quelques points symétriques, comme par exemple les deux carotides.

10. Cancer de l'estomac avec adhérence de ce viscère à la paroi abdominale, par M. LANDOUZY, interne des hôpitaux.

Cette pièce été recueillie chez une femme de 46 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans un état de lipothymie et qui succomba peu de temps après. Les renseignements donnés ont été très-incomplets, mais on a pu néanmoins s'assurer que cette femme n'avait jamais eu de vomissements. Il existait une ascite abondante, et par la palpation de l'abdomen on trouvait à l'épigastre une tumeur paraissant située à la face profonde de la paroi abdominale.

A l'AUTOPSIE, on a pu constater que l'estomac adhérait intimement à la paroi antérieure de l'abdomen, et qu'en ce point, l'aponévrose du muscle grand droit formait le fond d'une ulcération cancéreuse développée dans l'épaisseur de l'estomac. L'estomac était rempli de sang, et c'est à cette hémorrhagie qu'avait succombé la malade. Le foie contenait également des noyaux cancéreux.

11. Cancer de l'œsophage; gangrène consécutive du poumon droit, par M. ARTUS, externe des hôpitaux.

Patte Edouard, cantonnier, âgé de 47 ans, entre le 14 mars 1874 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 10 (service de M. EMPIS).

Cet homme, sans être très-robuste, n'a toutefois jamais été malade, et entre aujourd'hui pour la première fois à l'hôpital. — Pas d'antécédents héréditaires; ni rhumatisme, ni syphilis. Son existence a toujours été très-précaire.

La maladie dont il est atteint aujourd'hui, paraît avoir débuté il y a environ onze mois, par quelques troubles dyspeptiques, un affaiblissement et un amaigrissement notables. Il continua à exercer son métier assez rude de cantonnier, et ne prit l'avis d'aucun médecin. Il n'a jamais eu ni douleurs, ni vomissements d'aucune sorte; jamais d'hématémèse. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, il fut obligé il y a environ deux mois, de suspendre son travail. Il éprouvait alors dans le creux épigastrique une sensation pénible de pesanteur, plutôt qu'une douleur véritable. Cette sensation, qui siégeait surtout au niveau de l'appendice xyphoïde, n'était pas continue, mais revenait par accès de courte durée, auxquels le malade fit peu d'attention. Ce qui l'inquiéta surtout, fut une gêne de la déglutition; les aliments éprouvaient un certain temps d'arrêt en un point que le malade place un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde; du reste, quelques efforts de déglutition suffisaient pour triompher de l'obstacle.

15 mars. — Amaigrissement considérable; pâleur excessive de la face; aspect cachectique très-accusé. Les téguments n'offrent cependant pas cette teinte terreuse, jaune paille, qui caractérise la cachexie cancéreuse; c'est plutôt le facies de la phthisie pulmonaire avancée.

Cependant, l'examen le plus minutieux du thorax ne révèle aucune altération des bruits physiologiques. Il n'y a pas d'œdème des extrémités. L'appétit est nul, le dégoût pour les aliments est extrême; mais les aliments ingérés ne sont pas vomis.

Le malade ne se plaint que d'une pesanteur très-pénible à la région épigastrique, sans irradiations. La pression de la région est très-douloureuse. Une exploration attentive et souvent répétée n'a jamais permis de constater l'existence d'une tumeur.

La déglutition est devenue un peu plus difficile depuis ces

derniers jours. Elle se fait cependant encore assez bien. Constipation habituelle, jamais de diarrhée.

17 mars. — Le cathétérisme œsophagien est pratiqué avec l'olive n° 2. La sonde est arrêtée à une faible distance au-dessus de l'estomac. La résistance est facilement vaincue.

Le malade est sondé pendant trois jours consécutifs, matin et soir ; sous l'influence de cette petite opération, la déglutition s'exécute plus facilement. Puis il se fait une légère amélioration, mais qui ne dure que quelques jours.

25 mars. — Les douleurs deviennent plus vives, et les accès sont un peu plus longs. Le malade se plaint en outre de vomir après des quintes de toux. Ces vomissements, qui n'existent que depuis deux jours, sont peu abondants et se composent d'une matière blanchâtre, opaque, ressemblant à de l'empois d'amidon très-dilué. Ils ont une odeur aigrelette très-désagréable.

Les poumons sont de nouveau examinés : au sommet le murmure respiratoire est normal de deux côtés ; les bases n'ont pas été examinées. Le malade accuse bien une douleur dans le côté droit, mais cette douleur est attribuée au cancer stomacal.

27 mars. — Le malade a, pour la première fois depuis sa maladie, vomi ses aliments. Le vomissement a lieu peu de temps après la déglutition, mais non pas immédiatement après.

Depuis cette époque, le malade vomit d'une façon persistante tous les aliments, même les boissons. Dans les derniers jours, le malade rend le matin après des quintes de toux, en assez grande abondance et comme par une vomique, des matières très-fétides. Il a parfaitement conscience qu'elles ne viennent pas de l'estomac.

La cachexie ne fait que s'accroître et le malade succombe le 12 avril, sans jamais avoir eu d'hématémèse.

AUTOPSIE. — L'estomac très-dilaté, descend jusqu'à l'ombilic. L'orifice œsophagien est occupé par une tumeur qui sera décrite plus loin. L'épiploon enroulé en corde est déjeté à gauche. Il n'y a pas trace d'épanchement dans la cavité péritonéale.

Le foie un peu volumineux, est complètement libre d'adhérences avec l'estomac. La rate a son volume normal. La tête du pancréas adhère intimement à la tumeur par son bord supérieur ; impossible de l'en détacher ; les piliers du diaphragme sont très-écartés par la tumeur ; le pilier droit est presque détaché de ses insertions à la colonne lombaire.

Un peu d'épanchement dans la cavité pleurale droite.

Les poumons sont libres d'adhérence avec les parois thoraciques. Le poumon droit, par sa base vers le bord antérieur, adhère intimement au diaphragme.

Il n'offre aucune adhérence avec la tumeur de l'estomac. Son lobe inférieur présente une caverne pouvant contenir une grosse noix, et remplie par un liquide blanchâtre, d'une odeur acide et repoussante, tout à fait semblable au liquide contenu dans l'estomac. La cavité est irrégulière et anfractueuse, sillonnée de brides multiples, noirâtres, putrilagineuses, d'aspect gangréneux. A la périphérie de la caverne le tissu pulmonaire est induré. Le poumon est fortement congestionné dans tout le reste de son étendue. La trachée est remplie d'un liquide semblable à celui que l'on trouve dans la caverne. La muqueuse est boursoufflée et très-vascularisée.

Le cardia est envahi dans toute sa circonférence par une tumeur volumineuse lobulée, très-dure, irrégulière, dont la masse occupe surtout le côté droit de l'œsophage, et se propage vers la petite courbure de l'estomac. L'orifice du cardia n'est pas complètement oblitéré; il admet encore aisément une sonde de trousse. L'œsophage est un peu dilaté au-dessus de la tumeur. La tumeur incisée, on constate à sa face interne l'existence de quelques ulcérations.

A la partie supérieure de la tumeur et du côté droit existe un petit orifice, qui conduit dans une cavité, située entre le poumon et la tumeur. Le canal de communication qui mesure de 15 à 20 millimètres de longueur, est tapissé d'une membrane parfaitement lisse.

La poche, du volume d'une petite noisette, est remplie d'un liquide en tout point semblable au contenu de l'estomac et de la caverne pulmonaire. La communication de cette poche avec le poumon n'a pu être découverte malgré les recherches les plus minutieuses. Il est difficile néanmoins de la mettre en doute, à cause de l'analogie que présente le liquide de l'estomac avec celui qui est contenu dans les différentes cavités.

Le cœur n'a rien présenté de spécial. L'examen microscopique de la tumeur n'ayant pas été fait, la nature du cancer n'a pu être déterminée. Elle paraissait être un encéphaloïde.

M. PASTURAUD. — Ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue dans la thèse de M. Mouton. D'après notre collègue, les fausses-routes produites dans le cathétérisme de l'œsophage seraient en général préparées en quelque sorte par des abcès pulmonaires développés au voisinage du point rétréci. On peut voir sur cette pièce combien il aurait été facile de faire une fausse route.

12. Cancer de l'estomac chez un homme de 33 ans, avec généralisation. Pleurésie cancéreuse consécutive, nodules cancéreux aux sommets des poumons, pneumonie chronique ; infiltration cancéreuse des fausses-membranes, par M. F. RAYMOND, interne des Hôpitaux.

Cosson Alfred, âgé de 33 ans, tisseur, entré le 21 mai 1873, Salle Saint-Raphaël n° 12. (Service de M. VULPIAN.)

Pas d'antécédents de famille. Le malade dit avoir eu dans son enfance la fièvre typhoïde ; il a toujours été bien portant ; seulement depuis six ans environ, il remarquait que ses digestions se faisaient moins bien ; de temps à autre, il avait des aigreurs très-désagréables, surtout lorsqu'il venait de manger ; pourtant il ne vomissait pas, et l'appétit était à peu près intact : souvent aussi, il ressentait une douleur à la région épigastrique. Ces symptômes ont été en s'aggravant jusqu'en 1871 ; il commença alors à vomir après ses repas ; il lui venait dans la bouche des eaux aigres, et il était forcé de rendre ce qu'il avait pris ; la douleur s'irradiait dans l'abdomen et dans le dos. Le malade entra, à cette époque, dans le service de M. Gallard, qui lui fit prendre du bicarbonate de soude à l'intérieur et des douches d'eau froide sur la région épigastrique ; il suivit ce traitement six semaines, et sortit mieux portant.

A partir de cette époque. l'état est resté à peu près stationnaire ; le malade vomit toujours après ses repas, à des intervalles inégaux, mais jamais à jeun, et il est affirmatif sur ce point ; pourtant l'appétit est resté assez bon. Il n'a jamais eu de vomissements de sang, ni rouge ni noir.

Pas d'excès de boisson.

21 mai. La santé générale du malade est assez bonne ; il ne trouve pas qu'il ait sensiblement maigri, mais a seulement remarqué de la diminution des forces ; face pâle ; un peu d'anémie ; pas de souffle au cœur. Le sommeil est bon, l'appétit presque conservé ; les digestions sont mauvaises ; il y a de temps à autre des vomissements alimentaires ; constipation. L'examen du cœur, de la cavité thoracique, ne démontre rien d'anormal.

La palpation de l'abdomen n'est douloureuse qu'au creux épigastrique ; dans l'hypochondre gauche on trouve une tumeur fusiforme, se dirigeant en haut et en dedans vers l'appendice xyphoïde ; cette tumeur est sonore à la percussion, un peu

douloureuse à la pression. Dilatation assez prononcée de l'estomac.

Traitement. Le malade prend chaque jour à l'intérieur, un gramme d'iodure de potassium ; on fait une friction sur l'abdomen avec la pomade belladonnée à l'iodure de potassium, et de temps à autre une injection sous-cutanée de morphine ; il mange très-peu.

8 juin. Le malade vomit régulièrement après ses repas ; le temps qui s'écoule entre les repas et le moment du vomissement est variable ; il est au moins de 2 ou 3 heures ; deux fois seulement le malade est resté un jour sans vomir ; les vomissements sont uniquement alimentaires.

10, 11, 12, 13 et 14 juin. Pas de vomissements.

15 juin. Vomissements alimentaires.

16, 17, 18 et 19 juin. Pas de vomissements.

1^{er} juillet. Vomissement alimentaire en petite quantité. A partir de cette époque, et avec la régularité indiquée plus haut le malade tantôt est pris de vomissements, tantôt au contraire ne vomit pas.

22 août. L'amaigrissement du malade est extrême ; la teinte cachectique jaune-paille, est très-prononcée.

26 août. Le malade se plaint de tousser ; rien d'anormal à l'auscultation.

12 octobre. Toux sèche assez fréquente.

La percussion des deux fosses sus-épineuses est douloureuse ; à gauche, submatité. Murmure respiratoire rude ; quelques râles ronflants ; expiration prolongée.

27 octobre. La tumeur épigastrique est moins proéminente ; elle parait plus petite ; dilatation notable de l'estomac.

4 novembre. Mêmes phénomènes à l'auscultation et à la percussion ; pas d'expectoration.

27 janvier 1874. L'amaigrissement se prononce de plus en plus, œdème malléolaire.

25 février. L'œdème occupe les deux membres inférieurs, jusqu'au-dessus du genou ; mêmes alternatives relativement aux vomissements ; toujours lorsqu'ils surviennent, ils sont alimentaires ; ils n'ont jamais renfermé de sang.

23 mars. Le malade a le bras gauche très-œdématisé ; il conserve en même temps le gonflement des deux jambes ; ce gonflement s'est aussi étendu à la région lombaire et aux bourses.

27 mars. Le bras placé dans une position élevée, est dégonflé ; le malade se plaint de ne pouvoir se coucher sur le côté gauche sans étouffer ; signes de pleurésie.

L'épanchement de la poitrine augmente, l'œdème du corps

est presque général; le malade très-affaibli, meurt le 16 avril à midi.

AUTOPSIE le 17 avril. Le cadavre est pâle, très-amaigri, l'œdème des membres inférieurs et des bourses est encore considérable.

Système nerveux. Rien de particulier à noter, ni dans la moëlle, ni dans le cerveau.

Cavité thoracique. La plèvre droite est saine, quelques adhérences au sommet. Le poumon droit présente, à son extrémité supérieure, deux indurations chroniques superposées; la principale est grosse comme un œuf de pigeon: à la coupe, le tissu est dur, criant: à sa périphérie et dans son centre, il est comme parsemé de granulations qui paraissent être de nature tuberculeuse. A gauche existe une pleurésie assez abondante; le liquide est clair, séreux. La plèvre pariétale, dans toute son étendue, aussi bien sur le diaphragme que dans les autres points de son trajet, est épaissie; elle a 4 ou 5 millimètres d'épaisseur; sa surface interne est parsemée de fausses-membranes jaunâtres, de date récente; elles sont très molles, entrelacées les unes avec les autres; elles dessinent à la surface de la plèvre une sorte de tissu réticulé, aréolaire; ces fausses-membranes présentent à l'œil nu, dans leur tissu constituant, faisant corps avec elles, des granulations dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un petit pois. Semblable disposition s'observe sur la plèvre viscérale, sur le feuillet gauche du médiastin, et sur la surface externe du sac fibreux péricardique. Le poumon gauche, refoulé en haut par le liquide, est gros comme le poing; son sommet, de même que celui du poumon droit, renferme une induration parsemée de granulations.

L'examen histologique de ces granulations et des fausses-membranes démontre que les nodules situés dans l'épaisseur du poumon, de même que ceux placés dans les fausses-membranes sont constitués par de très grosses cellules, supportées par un stroma fibreux, dont les éléments dessinent des alvéoles assez réguliers; pneumonie chronique au pourtour des granulations.

Le cœur est petit; son tissu est pâle; il n'existe point de cavité péricardique; les deux feuillets de la séreuse sont accolés; la membrane de fusion a un centimètre d'épaisseur.

Cavité abdominale. Le foie, la rate, les intestins n'offrent rien de particulier à noter; pas de dégénérescence amyloïde.

Les reins, sur la coupe, sont pâles, anémiés, surtout dans leur substance corticale.

Le pylore est très-épais, induré sur une longueur de 10 centimètres.

Son tissu est fibreux, lardacé ; à sa surface interne, on trouve des parties en voie de dégénérescence phymatoïde ; mais presque partout, les anciennes ulcérations sont, ou cicatrisées ou en voie de cicatrisation. Des coupes pratiquées dans l'épaisseur de ce tissu, montrent la constitution du carcinome : sur certaines, on voit très-nettement les fibres musculaires de la couche moyenne de l'estomac, disséquées et envahies par les grosses cellules cancéreuses.

13. Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante : syphilis probable, par M. FIOUPE, interne des hôpitaux.

L. A., journalier, âgé de 56 ans, entre le 10 avril 1874 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin (bis), n° 12 (service de M. SIREDEY). Cet homme a toujours joui d'une parfaite santé et n'a jamais éprouvé le moindre trouble gastrique ; bonne nourriture habituelle, appétit conservé, digestions faciles, pas de rapports aigres et nidoreux après les repas, pas de pituites le matin. Le malade n'a jamais ressenti la moindre tension à l'épigastre, qui a toujours été indolent ; il n'a jamais eu de selles noires ; il nie tout antécédent alcoolique et syphilitique ; aucun antécédent héréditaire digne d'être noté.

Dans la soirée du 8 avril, c'est à dire 2 jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris, au moment où il allait se mettre à table, d'un éblouissement subit et s'est affaissé en rendant par la bouche des flots de sang noirâtre. Il évalue à une demi-cuvette environ la quantité de sang vomi.

Le lendemain, 9 avril, pas d'hématémèse, mais grande faiblesse générale qui nécessite le repos au lit, soif vive, inappétence, pas de méloena. Le 10 avril, dès le matin, nouvelle hématémèse et d'une abondance telle que le malade effrayé se fait transporter à l'hôpital.

A la visite du soir, nous trouvons cet homme extrêmement pâle ; il vient de vomir une demi-cuvette d'un liquide rouge-noirâtre, qui nous paraît être un mélange de sang et de boisons ingérés. Le malade n'accuse qu'une lassitude générale ; le pouls est fréquent, petit. A l'examen des organes abdominaux nous ne constatons la présence d'aucune tumeur. La percussion et l'auscultation de la poitrine nous révèlent la parfaite intégrité des organes thoraciques. *Prescription* : Limonade sulfurique avec eau de Rabel, 2 grammes ; potion avec perchlorure de fer, 20 gouttes ; glace.

11 avril. — M. Siredey fait l'examen le plus complet des organes thoraciques et abdominaux, sans pouvoir trouver la cause de ces hématémèses. Pas de signes de lésion de l'aorte

ni du tronc scapulaire. Le pouls est très-fréquent, filiforme, mais égal des deux côtés. Bruit de souffle continu avec renforcement dans les vaisseaux du cœur. Pas de garde-robe depuis le début des accidents. *Presq* : Lait, glace, lavement avec sulfate de soude. Dans la *journée*, vomissements répétés d'un liquide semblable à celui de la veille.

12. *avril*. — Quelques instants avant la visite, hématomèse très-abondante (3 litres); pâleur extrême. Le malade, complètement exsangue, n'a plus la force de s'asseoir et répond à peine aux questions qu'on lui adresse; tout le corps est froid et couvert d'une sueur visqueuse; pouls à peine perceptible; soif extrême. Le malade s'éteint 2 heures après la visite.

AUTOPSIE. — Tous les organes présentent un état anémique des plus prononcés. L'estomac contient 400 grammes environ d'un liquide rouge-noirâtre. Au premier abord, la muqueuse gastrique paraît complètement saine, mais à un examen plus approfondi, nous trouvons, à 3 centimètres environ du bouton pylorique, une ulcération du volume d'une lentille, elliptique, limitée par des bords nets et au centre de laquelle s'aperçoit, béante, une artériole admettant l'extrémité d'un petit stylet de trousse. Ce vaisseau avait été évidemment la source des hémorrhagies. Autour de l'ulcération rampent sous la muqueuse quelques vaisseaux remplis de sang. Une dissection attentive nous démontre d'une façon très-manifeste que le bout des artérioles se continue directement avec les deux bouts du vaisseau divisé.

La muqueuse de l'intestin grêle ne présente aucune altération. Le gros intestin contient une assez grande quantité de matières noires et dures. Les reins, la rate paraissent sains. Le foie, d'un volume normal, présente sur la face convexe deux dépressions avec prolongements repoussés en forme de rides, d'un blanc nacré, gris-perle; la capsule de Glisson est épaissie à leur niveau; entre les deux dépressions qui sont assez éloignées l'une de l'autre, se voit une ulcération à bords inégaux, taillés à pic, et dont le fond gris-rougeâtre a un aspect granité très-accusé. Le reste de la glande hépatique n'est pas altéré. Enfin les corps de plusieurs vertèbres dorsales et lombaires sont le siège d'exostoses assez volumineuses, deux, tout-à-fait comparables aux exostoses syphilitiques.

RÉFLEXIONS. — La relation de ce fait nous a paru offrir de l'intérêt, tant au point de vue de la marche insolite de la maladie et de la difficulté du diagnostic, qu'en raison des lésions constatées à l'autopsie, conjointement avec l'ulcération de l'estomac.

1^o Était-il permis, en présence de ce seul symptôme : hématomèses abondantes et répétées, d'affirmer le diagnostic

d'ulcère simple de l'estomac, chez un homme niant tout antécédent alcoolique, d'une santé antérieure parfaite, n'ayant jamais éprouvé le moindre trouble du côté des voies digestives et n'éprouvant actuellement aucune douleur à l'épigastre ? M. Biredey ne l'a point pensé et tout en faisant ses réserves sur la possibilité d'une pareille lésion (cette marche foudroyante de l'ulcère simple ayant été signalée), il a cru devoir ajourner un diagnostic qu'il ne pouvait justifier. Sans doute on pouvait affirmer que la première portion du duodénum ou l'estomac ou l'œsophage, était en communication directe avec un vaisseau rompu ; mais une des branches du tronc cœliaque, la première portion de l'aorte abdominale ou l'aorte thoracique, ne pouvaient-elles pas être le siège de l'hémorrhagie ? L'absence complète de tout phénomène morbide antérieur et l'apparition subite de l'hématémèse chez un homme en pleine santé, non seulement permettraient de discuter toutes les hypothèses, mais encore prescrivaient de réserver le diagnostic.

3° Quelle est la nature de l'altération de l'estomac ? Il nous faut tout d'abord rejeter l'alcoolisme ; d'après les renseignements que nous avons recueillis auprès des parents et qui n'ont fait que confirmer ceux que nous avait fournis le malade lui-même, cet homme, à aucune époque de la vie, n'a eu des habitudes alcooliques. Si nous ajoutons que le système artériel a été trouvé sain, non athéromateux, ne pourrait-on pas invoquer les lésions du foie, les exostoses que nous avons constatées sur plusieurs vertèbres pour admettre une ulcération syphilitique, une gomme ulcérée ? Cette étiologie de l'ulcère simple de l'estomac a été signalée et dans le cas actuel elle nous paraît tout au moins vraisemblable.

14. Chondrome du nerf radial, par M. EXCHAQUET, interne des hôpitaux.

Druel, 45 ans, journalière, entrée le 7 mars 1874 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 73 (service de M. PÉAN). Il n'y a aucun antécédent à noter dans la santé de cette femme, robuste campagnarde, qui dit n'avoir jamais été malade ; rien non plus dans sa famille. L'affection qui l'amène actuellement à l'hôpital remonte à 4 ans environ ; à l'époque indiquée, faisant un effort pour soulever un fardeau, elle sentit dans l'épaule droite un craquement et une vive douleur ; la région resta quelque temps douloureuse. Huit à dix jours après cet accident, la malade constata pour la première fois l'existence

d'une tumeur ; celle-ci était alors du volume d'une noisette, et, d'après les affirmations de la malade, elle était indolente à la pression. Elle augmenta progressivement ; en deux ans, elle avait atteint le volume d'un œuf de poule ; un an après le début, elle avait, pendant trois ou quatre semaines, occasionné de vives douleurs. Depuis lors, la tumeur a toujours été en augmentant, et a atteint un volume assez considérable pour gêner les mouvements ; depuis trois semaines, la malade a dû interrompre son travail ; jusque-là, elle avait pu travailler presque continuellement, tout en souffrant parfois de son bras quand elle se fatiguait ; la douleur, partie de la tumeur, se propageait, dit-elle, dans l'épaule.

27 mars. Le bras droit présente à la partie externe et supérieure, au-dessus de l'épicondyle, une tumeur ayant le volume et la forme d'un gros citron. La palpation montre qu'il s'agit d'une tumeur solide, de consistance fibreuse dans tous les points, parfaitement indépendante des téguments, qui présentent leur aspect normal et sont très-mobiles ; elle est isolée aussi du squelette. La tumeur est régulière, allongée suivant l'axe du bras, sa surface est unie ; on peut facilement se rendre compte de tous ces caractères et reconnaître sa mobilité latérale en la circonscrivant avec les mains, ce qui permet d'apprécier nettement ses limites latérales, tandis que ses extrémités supérieures et inférieures ne présentent pas de bords aussi tranchés. Toutes ces manœuvres ne sont pas douloureuses, une pression assez forte réveille cependant un peu de sensibilité. Les mouvements sont conservés dans toutes les parties du membre, ainsi que la sensibilité.

Les caractères de la tumeur permettant d'écarter complètement l'idée d'une tumeur liquide ou molle, on fait par exclusion un diagnostic de probabilité : *fibrome développé dans une gaine aponévrotique ou dans un nerf*. La malade désirant être débarrassée le plus tôt possible de sa tumeur, on en fait l'ablation le 28 mars.

L'extirpation est très facile : la peau et le tissu cellulaire étant incisés, on arrive sur la tumeur ; on reconnaît qu'elle se continue par ses extrémités avec deux cordons aplatis blanchâtres qui présentent l'apparence d'un nerf ; sauf en ces deux points, la tumeur est mobile et facilement énucléable. Au reste, l'exploration ne présente rien de particulier ; immédiatement après, on immobilise le membre pour favoriser la cicatrisation au moyen d'une attelle en plâtre qui s'étend au côté interne du bras et de l'avant-bras et presque sous la main.

Cinq ou six jours après l'opération, la malade sort, préférant se soigner chez elle et venir tous les deux jours se faire panser à l'hôpital.

11 avril. La plaie étant presque cicatrisée, on enlève l'appareil inamovible. On voit alors que la main présente tous les signes de la paralysie du nerf radial; la main tombe et ne peut être ni redressée ni étendue volontairement, les mouvements de flexion sont conservés dans la main et les doigts qui, grâce à la position de la main, ne serrent cependant que faiblement. La sensibilité est partout intacte. Il s'est fait au pli du coude un petit abcès.

Je vois la malade pour la dernière fois le 28 avril, la cicatrisation est presque terminée, mais la paralysie persiste.

La tumeur présentait extérieurement une membrane fibroïde lisse, sur laquelle on voyait, aux extrémités surtout, les fibres dissociées du nerf. Sur la coupe, à l'œil nu, on apercevait de petits nodules blanc-bleuâtres semés en grand nombre au milieu d'une substance fondamentale d'apparence anormale, le tout entouré d'une coque fibreuse peu épaisse et bien distincte de la tumeur.

L'examen microscopique, fait par M. Malassez, au laboratoire d'histologie de M. Ranvier, a montré qu'il s'agit d'un chondrome lobulé. Les nodules, reconnaissables sur la coupe par leur coloration et leur consistance, sont formés par du tissu cartilagineux embryonnaire et sont séparés par du tissu embryonnaire pur. On n'a pas pu examiner les extrémités de la tumeur qui portaient les fragments de nerf réséqués, (la moitié de la tumeur ayant été égarée). Mais le diagnostic histologique n'est heureusement pas indispensable pour reconnaître le siège de la tumeur, les symptômes de paralysie consécutifs à l'opération ne laissant pas de doutes sur ce point.

15. Cancer de la plèvre consécutif à un cancer du sein, par M. FOURESTIÉ, interne des hôpitaux.

X..., âgée de 50 ans, est entrée à la Maison de santé le 14 novembre 1873, dans le service de chirurgie, pour un cancer du sein droit que M. Demarquay a opéré trois fois. La dernière opération a eu lieu le 21 janvier 1874; la plaie était en bonne voie de cicatrisation, lorsque survinrent presque subitement des accidents pulmonaires.

Le 1^{er} mars, la malade est prise de frisson, de points de côté; elle tousse et l'on trouve dans la poitrine, du côté droit, des signes de broncho-pneumonie.

Les jours suivants, elle a de la fièvre tous les soirs; elle tousse par quintes; ses crachats sont blancs et aérés; elle est sans appétit et se plaint d'être très-oppresée.

Le 19 mars, la dyspnée ayant beaucoup augmenté, on en-

voie la malade dans le service de médecine de M. Féréal. A ce moment, on constate les signes stéthoscopiques suivants : matité absolue dans le côté droit, en arrière et en avant, jusque sous la clavicule ; le murmure vésiculaire est très-affaibli ; on entend des râles sous-crépitaux en arrière, tout le long de la colonne vertébrale ; les vibrations thoraciques sont seulement diminuées ; on n'entend pas d'égophonie, mais le retentissement de la voix est faible et lointain ; souffle doux en arrière et au sommet.

Du côté gauche, on entend des râles sous-crépitaux disséminés dans tout le poumon ; dyspnée très-intense, allant jusqu'à l'orthopnée. T. 37°.

20 mars. M. Féréal pratique la thoracentèse dans le septième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire, à l'aide de l'appareil Potain. Déjà à cette époque, on remarque qu'il faut enfoncer le trocart plus avant que d'habitude pour obtenir un écoulement continu et régulier : on retire 1.200 gr. d'un liquide brun clair, mais nous devons dire que les dernières portions prennent une teinte rouge et que l'on voit passer dans l'index du tube une écume sanguinolente. A la fin de l'opération, la malade est prise d'accès de toux très-violents et très-douloureux qui durent plus de deux heures : cette toux est suivie d'une expectoration peu abondante.

Le soir de l'opération, la malade a quelques petits frissons. La température qui, avant la thoracentèse était de 37°, s'élève jusqu'à 38°,6. Mais la malade n'a plus de dyspnée, la matité a partout disparu et l'on entend dans tout le côté droit de gros râles sous-crépitaux auxquels se mêlent des bruits de frottement.

Dès le 23 mars, la dyspnée a reparu et l'épanchement s'est reproduit à la base de la poitrine.

Le 26 mars, il occupe les deux tiers inférieurs du côté droit. Cependant l'état général ne s'améliore pas : la malade a de la fièvre, pas d'appétit ; elle se plaint surtout de quintes de toux très-violentes qui l'empêchent de dormir, et qui le plus souvent sont suivies de vomissements. En même temps, surviennent des pertes utérines sanguinolentes.

1^{er} avril. La malade a un frisson qui dure une demi-heure. T. A. 38° ; on prescrit 0 gr. 60 de sulfate de quinine.

2 avril. Même frisson survenu à peu près à la même heure. T. A. 37°,6 ; on prescrit 1 gr. de sulfate de quinine. L'épanchement n'a pas augmenté.

3 avril. Le frisson a été à peine marqué.

4 avril. Les frissons ont disparu, mais il est survenu de la diarrhée. Les jours suivants, la dyspnée augmente, et cependant les signes stéthoscopiques sont les mêmes, la température se maintient entre 38° et 39°.

10 *avril*. La dyspnée devient inquiétante ; la malade a quelques accès de suffocation et les signes stéthoscopiques se sont modifiés ; la matité a reparu en avant, sous la clavicule, en même temps que sous tout le flanc droit ; en arrière, le long de la colonne vertébrale, la sonorité est normale, sauf en un point, situé à la partie moyenne, où l'on perçoit de la matité ; on entend partout le murmure vésiculaire mélangé à de gros râles sous-crépitants ; mais ces bruits s'entendent beaucoup moins dans le flanc droit et sous la clavicule droite ; on n'entend pas d'égophonie ; les vibrations thoraciques sont conservées et nous devons faire remarquer que depuis que l'épanchement s'est reproduit, elles ont toujours été à peu près normales ;

Du côté gauche et en arrière on entend toujours de gros râles sous-crépitants.

On fait, dans le même espace intercostal, une seconde ponction qui donne issue à 260 gr. de sang altéré et à des bulles de gaz sans odeur.

Les jours suivants, la dyspnée va en augmentant ; la malade a des accès de suffocation et se cyanose de plus en plus ; la parole est brève et entrecoupée ; la respiration est très-superficielle. Mort le 14 *avril* à 7 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 16 *avril*, à dix heures du matin. La cavité pleurale ne contient pas de gaz.

Du côté droit on rencontre une série de fausses membranes à peine organisées, circonscrivant de petites cavités pleines de sang ; c'est dans une de ces cavités qu'a dû pénétrer le trocart avec lequel on a fait la deuxième ponction.

La plèvre pariétale, complètement envahie par le cancer, offre une épaisseur de deux centimètres environ ; cette couche cancéreuse acquiert sa plus grande épaisseur au niveau du diaphragme et sous la partie médiane de la gouttière vertébrale, dans le point où on avait constaté de la matité. La face péritonéale du diaphragme paraît saine en tous ses points et le muscle lui-même ne paraît pas atteint.

A la surface du poumon droit, on rencontre plusieurs masses cancéreuses entourées partout de tissu sain ; au côté interne du sommet droit, se trouve une masse carcinomateuse grosse comme une noix, englobée de toutes parts par le parenchyme pulmonaire.

Sur la face externe du poumon, au niveau de la glande mammaire, existe une masse de même nature, offrant à la coupe une surface de 7 à 8 centimètres carrés : d'un côté, cette masse est intimement reliée au poumon et nous avons cru qu'elle se continuait à travers la paroi costale, avec la glande cancéreuse ; mais en disséquant celle-ci avec soin nous avons

pu nous convaincre qu'il n'y avait *pas de continuité*, apparente du moins, *entre le cancer du sein et le cancer pleural*.

Les espaces intercostaux et les cotes, situées au-dessous de la portion malade de la glande, paraissent sains à l'œil nu.

Sur le poumon gauche, on trouve plusieurs noyaux cancéreux de différentes grosseurs, entourés complètement de tissu sain; quelques-uns des plus petits sont pédiculés. Les uns unissent la plèvre costale à la plèvre pariétale, les autres n'adhèrent qu'à la surface du poumon. La plèvre diaphragmatique du côté gauche est également envahie et au même degré que celle du côté droit.

Nous nous sommes assurés que les *vertèbres dorsales* étaient saines ainsi que tous les organes contenus dans les médiastins. Cependant le pneumo-gastrique droit, au niveau de la bronche droite, paraît englobé et comprimé par un noyau cancéreux; cette compression du pneumo-gastrique pourrait avoir sa part dans les phénomènes de suffocation et d'asphyxie que la malade a présentés dans les derniers jours de sa vie. Nous n'avons trouvé de traces de cancer dans aucun autre viscère. L'examen histologique fait sur une coupe fraîche, nous permet de dire déjà que nous avons affaire à un carcinome encéphaloïde.

16. Foetus monstrueux; note adressée par le Dr BAUDRY, (de Compiègne).

Marie *** âgée de 22 ans, d'une très bonne constitution, et régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans est devenue enceinte un mois après son mariage. — Vomissements bilieux tous les matins, le 1^{er} et le 2^{me} mois. Au 3^{me} mois (à la suite d'une frayeur), et au 7^{me} mois, menaces de fausse-couche. Le 12 avril, au 8^{me} mois, après avoir passé quelques jours dans un état de santé parfaite, elle fut prise à son réveil de violentes douleurs de reins et de coliques dans le bas-ventre: Vers 8 heures du matin, rupture spontanée de la poche des eaux. Elle fit appeler Mlle Audy, sage-femme qui l'avait soignée pendant sa grossesse. Le ventre était tombé et le fond de l'utérus ne dépassait pas l'ombilic. Au toucher: sensation d'une tumeur molle, élastique, faisant saillie à travers l'orifice du col dont la dilatation atteignait à peine 4 centimètres. En cherchant à se rendre compte de la présentation et de la nature de la tumeur, Mlle Audy sentit celle-ci céder et grande fut sa surprise quand elle ramena au dehors de la substance cérébrale.

Le travail s'arrêta. Je fus appelé vers 7 heures du soir: dilata-

tion du col atteignant 4 à 5 centimètres ; mon index tomba dans la cavité crânienne, et contournant le crâne il rencontra une oreille, puis la bouche ; je cherchai longtemps le nez et les yeux, mais ce fut peine inutile ; pénétrant davantage dans la cavité utérine je sentis un genou, (c'était le droit, attaché à la tête) et j'essayai vainement de défléchir le membre et de le dégager. J'attendis une heure et renouvelant mon exploration, je trouvai le col très sensible, très chaud, épais et rétracté : la femme accusait d'assez violentes douleurs lombaires.

Bain de siège de 1 heure, à la suite duquel je badigeonnai le pourtour du col avec l'extrait de belladone. Une heure après, nouveau bain de siège ; il était 10 heures.

Nous annonçâmes à la famille qui parlait d'intervention, que l'accouchement se ferait spontanément. Une heure après, sans grandes douleurs, le placenta fut expulsé en même temps que le fœtus, sans hémorrhagie.

Le *fœtus* est d'un très petit volume et ne mesure pas plus de 25 centimètres d'une extrémité à l'autre. La cavité crânienne est vide de la substance cérébrale, expulsée pendant l'accouchement. La colonne vertébrale est tordue sur elle-même de telle sorte que la face est tournée vers les fesses et appuyée sur elles. Il existe une éventration complète et les viscères sont tous au dehors. La partie supérieure du visage fait complètement défaut : pas de front, pas d'yeux, pas de nez ; le placenta envoie une bride épaisse qui s'insinue au-dessus de la bouche ; une adhérence très-forte existe encore entre le pied droit et la face. Les mains complètement développées ont la plupart des doigts amputés par les adhérences vicieuses. Sur plusieurs parties du corps existent de petits appendices qui paraissent dus, eux aussi, aux adhérences vicieuses. L'attitude contournée du fœtus est due surtout à une bride qui unit le placenta, le pied droit et la face en un même point ; de là les courbures de la colonne vertébrale et la déviation du tronc. Il paraît ressortir évidemment de l'examen de ce fœtus que ces vices de conformation sont dus à des adhérences du fœtus au placenta.

17. Gangrène de la plèvre ; (Broncho-pneumonie ; perforation pleuro-pulmonaire ; empyème ; pneumonie disséquante avec élimination de la plus grande partie de la plèvre viscérale du côté droit ; infection putride) ; par M. HAYEM, médecin des hôpitaux et M. GRAUX, interne des hôpitaux. (1)

Pairson Adolphe, cocher, 39 ans, entré le 23 février 1874 à

(1) La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

Hôpital Beaujon, salle St. Jean, n° 18 (service de M. AXENFELD, suppléé par M. HAYEM.)

Cet homme qui est robuste et bien constitué, n'est sous l'influence d'aucune diathèse; il n'a jamais fait de maladie, et, excepté dans ces derniers temps, où il a eu quelques phtises à la suite d'exès alcooliques, sa santé a toujours été excellente. D'après son récit, il serait malade depuis un mois, et ce serait à la suite d'une chute assez violente qu'il aurait vu survenir les accidents dont il se plaint aujourd'hui.

En effet, il y a un mois environ, notre malade, étant en état d'ivresse, tomba dans un escalier: la chute fut violente et sur le coup, il perdit connaissance; lorsqu'il revint à lui deux heures après, il avait une très-vive douleur dans le côté droit. Il ne toussait pas auparavant; depuis cet accident il n'a pas cessé de tousser; toutefois il n'a jamais craché de sang. Il garda le lit environ trois jours, puis alla reprendre son travail. Aujourd'hui, 23 février, il est de nouveau arrêté, et forcé de garder le lit depuis 2 jours, il toussa et crache beaucoup, il a un fort point de côté à droite. Il n'a jamais eu de frisson; la fièvre est assez modérée, R. 84, T. A. 39°. L'état général est peu grave. Langue humide, saburrale; perte d'appétit, pas de diarrhée, pas de sueurs; très légère excitation, due à l'alcoolisme.

On ne trouve sur la paroi thoracique aucune trace d'ecchymose. La pression sur les côtes ne réveille pas une douleur vive, comme devrait le faire la pression sur une côte fracturée même il y a un mois. Il y a un peu de matité à la base du poulmon droit et, en ce point on entend un mélange de râles crépitants et sous-crépitautes. A l'angle de l'omoplate, on trouve du souffle tubaire et de la broncho-égophonie. Les vibrations diminuées à la partie inférieure, dans le point qui donne de la matité à la percussion, sont augmentées au niveau de l'angle de l'omoplate. Les crachats sont un peu visqueux, mais non adhérents et non colorés: ils ont une odeur fétide. *Diagnostic*: Bronchite fétide avec symptômes d'embaras gastrique. — *Prescription*: Potion de Todd; large vésicatoire.

Les jours suivants, le malade présente à peu près les mêmes symptômes; la fièvre est un peu plus vive.

24 février: T. A. 38°, 4. soir: 40°.

25 — — 39°, 3. soir: 39°, 8.

26 — — 39°, 1. soir: 39°, 9.

27 — — 38°, 7. soir: 39°, 9.

28 — — 38°, 9. soir: 39°, 8.

Le souffle s'étend peu-à-peu jusqu'à la base du poulmon; le point de côté est très-tenace et augmente au lieu de diminuer.

L'odeur des crachats est plus fétide et plus nettement gangréneuse.

1^{er} mars. Le souffle prend le caractère amphérique, et la succussion hippocratique montre qu'il existe à la partie inférieure du thorax un mélange de liquide et de gaz. La langue est sèche, l'haleine fétide, pas de frissons.

La thoracentèse est pratiquée avec l'appareil Dieulafoy (aiguille n° 2.) Une première ponction faite dans le 2^e espace intercostal sur la ligne axillaire ne donne que du sang. Une 3^e ponction est pratiquée de suite dans le 7^e espace, immédiatement au-dessus de l'autre; il ne vient rien du tout d'abord, et ce n'est que lorsque la canule (qui a environ 10 cent. de longueur) a été enfoncée jusqu'à son pavillon, qu'on voit sortir du pus. De cette façon nous obtenons 400 gr. d'un pus mal lié, verdâtre, à odeur infecte, presque stercorale.

À la suite de la ponction, l'état général s'améliore un peu; le soir, la température s'abaisse, et de 39,2 (T. A. du matin) tombe à 38,4. La langue est plus humide et le malade accuse un notable soulagement; mais dès le lendemain 2 mars, la température est remontée à 39,2, la langue est sèche de nouveau, le faciès est terreux, le malade a des sueurs profuses; la nuit il a craché une quantité assez abondante de pus à odeur très-fétide. Aussi l'empyème est décidé, et pratiqué dans le 7^e espace intercostal, en prenant comme centre le point de la piqûre et en incisant de chaque côté. L'opération se passe d'abord sans incident; mais, une fois la cavité pleurale ouverte, il ne s'écoule qu'un peu de sérosité transparente et sans aucune odeur. Le doigt introduit dans la plaie, se sent sous les efforts de toux, heurté par une surface molle, élastique, offrant la sensation du duvet: c'est évidemment le poumon, et le poumon qui paraît sain. Cependant au niveau, et plus nettement, un peu en arrière de l'incision, l'auscultation fournit toujours les phénomènes hydro-aériques de la succussion hippocratique.

Les choses sont laissées dans cet état, on juge qu'il serait imprudent de rien tenter pour chercher à faire écouler le pus, et on applique un pansement à plat.

Soir. T. A. 40°; P. 120.

3 mars. Légère amélioration; langue moins sèche; un peu d'appétit. Le poumon droit donne à la percussion une matité incomplète, la respiration s'entend jusqu'en bas, avec quelques râles crépitants fins à l'inspiration. La succussion hippocratique ne donne plus rien. T. A. 38, 2. *soir* T. 39° 7.

4 et 5 mars, même état; la plaie qu'on a maintenue ouverte en introduisant un tube de caoutchouc, ne laisse rien écouler; mêmes signes physiques, souffle plus rude dans toute la

hauteur du poumon. La fièvre s'élève graduellement, et la température monte jusqu'à 40.^o 4 le 5 *mars*, soir.

6 *mars*. Défervescence notable: (T.A. matin 39,4. soir 39,1.) le malade a dormi, la langue est humide; par la plaie il s'est écoulé depuis hier, une petite quantité d'un liquide à odeur très-fétide. Ce liquide est très-irritant et produit une vive rougeur sur les parties du thorax mouillées par le pansement. Dans toute la hauteur du poumon, on entend toujours un souffle très rude, moins de râles. L'haleine est peu fétide; peu de crachats.

Les *jours suivants*, le mieux se continue, la fièvre est beaucoup moins forte, la température oscille entre 37,5 et 38,5. Il s'écoule toujours par la plaie un peu de liquide fétide, irritant, qui produit une large excoriation sur la poitrine; mais ce liquide est en si faible quantité, et la cavité qui le produit paraît si petite, que les injections qu'on avait essayé de faire pour diminuer la fétidité du liquide, sortant absolument pures, ne sont pas continuées; les tubes de caoutchouc qu'on avait placés dans la plaie pour l'empêcher de se fermer, sont retirés. Les signes physiques sont: diminution de la matité en arrière, souffle moins étendu et moins rude, râles plus humides et plus abondants. Les crachats sont peu abondants et peu fétides.

Mais le 14 *mars*, une nouvelle aggravation dans l'état général avec suppression à nouveau de l'appétit qui était un peu revenu les jours précédents, d'autre part l'écoulement incessant sur le thorax de ce liquide irritant qui empêche l'excoriation de se cicatriser, engagent à installer un système d'irrigation pour nettoyer la poche purulente. Un syphon de Potain est mis en place et on fait matin et soir un lavage avec de l'eau distillée tiède. T. A. matin et soir: 38^o,4.

15 *mars*. Il se produit pendant l'irrigation un phénomène nouveau: le malade qui ne tousse presque pas dans l'intervalle des lavages, est pris subitement d'une toux très-pénible, et de véritables accès de suffocation; il crache abondamment du pus à odeur fétide analogue à celui qui s'écoule par la plaie, et sentant en même temps l'eau phéniquée qui a servi à l'injection. Dans le pus rendu par la plaie, on trouve également, pour la première fois, des petites masses spongieuses, très-pigmentées, qui présentent à l'œil nu les caractères du tissu pulmonaire. (L'examen microscopique de ces fragments montre en effet que ce sont des morceaux de pneumonie purulente, détachés, disséqués par la suppuration). T. A. Matin 38^o,8; soir 38^o,4.

L'amélioration qui succède à l'issue de ces fragments, et qui s'accuse le lendemain 16 *mars*, par un abaissement notable de

la température (T. 36°,8), l'humidité de la langue, et un mieux-être sensible, durent peu. Le 18 *mars soir*, la température remonte à 39°,8 et de nouveau le pus s'écoule mal.

19 *mars*. Large débridement de la plaie. Immédiatement se présente un large fragment quadrilatère, qui est projeté au dehors par le pus accumulé dans la thorax. Ce fragment qui a environ 4 à 5 cent. de diamètre est plat, d'aspect membraneux et lamelliforme : on reconnaît facilement qu'il est constitué par la plèvre viscérale, à la face profonde de laquelle adhèrent de petits fragments de poumon atteint d'hépatisation grise. On introduit dans la plaie un tube de caoutchouc noir à double courant, passé à frottement dur, dans une plaque de caoutchouc qu'on fixe à la paroi thoracique avec des bandelettes de diachylon.

On se proposait, avec ce tube, d'établir une irrigation continue de la plèvre ; mais la pénétration du liquide dans les bronches par une fistule pulmonaire, dès qu'il existe le moindre obstacle à l'écoulement du liquide, et les accidents de suffocation, les véritables « noyades » comme dit le malade, qui en résultent, obligent à ne faire que des lavages intermittents. Dans l'intervalle des lavages, l'un des tubes est bouché avec un fosset, l'autre est mis, par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc, en communication avec une bouteille placée sur le sol, à la tête du lit. Ce flacon reçoit environ 100 à 200 grammes de pus, entre chaque irrigation.

21 *mars*. Nouvelle issue d'un fragment de plèvre plus grand que le premier : Celui-ci porte à son centre un trou rond de la grandeur d'une pièce de 50 cent., et taillé comme à l'emporte-pièce. (C'est probablement le morceau de plèvre qui correspond à la fistule pleuro-pulmonaire).

Pendant les *derniers jours de mars*, les injections phéniquées sont continuées matin et soir ; tous les deux ou trois jours, on voit l'écoulement de pus se faire moins bien, le lavage devenir difficile, et l'élévation de la température, ainsi que l'aggravation de l'état général, dénotent qu'il y a rétention et résorption de produits septiques. Il suffit de retirer tout l'appareil, de faire tousser le malade pour faire sortir, tantôt des fragments de plèvre et de poumon, tantôt (à la fin de mars et dans les premiers jours d'avril), des fragments d'une portion plus profonde du poumon sans plèvre ; plusieurs ont la grosseur d'une noix. Chacune de ces éliminations, est suivie d'un notable soulagement et d'un abaissement de température de plusieurs degrés. Le malade a assez souvent des sueurs abondantes, mais pas de diarrhée. L'examen quotidien du thorax fournit des signes variables, suivant le siège et l'abondance du liquide retenu dans la plèvre.

Les urines que M. Adam, pharmacien en chef de Beaujon, a bien voulu analyser dans le but de savoir si l'acide phénique injecté chaque jour dans la plèvre était absorbé, donnent par l'aniline la coloration caractéristique de la présence de l'acide phénique; elles ne contiennent pas d'albumine.

4 avril. Le liquide de la plèvre devient sanguinolent; il sort un lambeau de poumon, non plus gris comme ceux des jours précédents, mais verdâtre, et ayant l'aspect du sphacèle. Pour la première fois, diarrhée assez abondante. L'auscultation fait entendre la respiration, mêlée de râles abondants, jusqu'en bas en arrière. En avant, signes d'excavation. L'état général continue à s'aggraver, la température oscille entre 39° et 40°.

Il semble indiqué d'agrandir l'incision pour faciliter l'écoulement du pus. Mais en introduisant le doigt dans la plaie, on sent que de toutes parts, le poumon est adhérent, qu'en pénétrant dans une sorte de trajet fistuleux et qu'il serait impossible d'inciser l'espace intercostal sans couper le poumon. D'ailleurs, par une exploration de la plaie avec une sonde d'argent, on voit que ce conduit fistuleux a plusieurs centimètres de longueur. Une sonde de gomme pénètre à 18 centimètres.

Les jours suivants, il sort par la plaie des fragments de poumon, rouge, présentant les caractères de l'infarctus pulmonaire, la diarrhée continue, l'état général empire peu à peu, et le malade avec une force de résistance insuite, grâce à un moral excellent qui ne le quitte pas un seul instant, lutte jusqu'au 15 avril et meurt avec des phénomènes de septicémie et d'infection putride, (face terreuse, sueurs profuses, langue sèche) et un abaissement graduel de la température. (15 avril matin. T. A. 36,4).

Autopsie, le 16 avril. — Tous les organes sont sains; le foie seul est un peu graisseux. Poumon gauche un peu emphysémateux, mais sain; pas d'épanchement de ce côté.

A droite, de toutes parts, sauf en avant où le bord antérieur a contracté des adhérences celluluses avec la paroi thoracique, le poumon laisse entre sa face externe et la paroi thoracique, un espace aplati de l'épaisseur de la main. Cette loge lamelliforme contient du pus et une grande quantité de débris de poumon et de plèvre.

Au niveau de l'empyème, le poumon adhère aux lèvres de la plaie: cette disposition explique ce qui a été constaté pendant la vie. La plèvre pariétale est recouverte d'une néomembrane infiltrée de pus et peu épaisse. Le poumon est totalement dépourvu de plèvre dans une grande étendue, il a été comme décortiqué et baigne à nu dans la collection puru-

lente dont il forme une des parois. Sa surface est gris-noirâtre, très-irrégulière. Lorsqu'on le plonge sous l'eau, on voit sur la surface ulcérée se hérissier une grande quantité de villosités, des sortes de filaments chevelus. On voit aussi se dessiner des saillies en forme de cônes qui correspondent aux lobules.

Sur une coupe pratiquée du hile à la surface déntidée, le parenchyme pulmonaire offre en certains points et particulièrement dans les lobules périphériques les caractères de la pneumonie lobulaire suppurée les parties qui sont plus près du hile sont de moins en moins malades. Dans les bronches, exsudation abondante, et le long du bord antérieur, emphysème peu marqué. La surface malade du poumon, représente le bord postérieur tout entier, le sommet et les deux tiers environ de la face externe; le reste du poumon adhère par des brides celluluses multiples à la paroi costale; ces brides circonscrivent des loges remplies d'une petite quantité de sérosité.

M. HAYEM. Le fait qui vient de vous être présenté est extrêmement rare et me paraît réclamer une dénomination spéciale. Voici en résumé l'histoire de ce malade : Nêtré avec les symptômes d'une grippe très-intense, il présenta bientôt des signes de broncho-pneumonie; les crachats étaient fétides et peu de temps après on put constater que la cavité pleurale communiquait avec les bronches; enfin, à la suite de l'opération de l'empyème devenue urgente, il sortit des lambeaux de plèvre et de tissu pulmonaire.

Je ne vois peut expliquer la marche des accidents, que deux hypothèses possibles :

On peut supposer qu'il a existé une broncho-pneumonie disséquante, laquelle étant arrivée à suppuration s'est ouverte dans la plèvre. Ou bien on peut admettre une pneumonie superficielle, un phlegmon diffus sous-pleural, à la suite duquel la plèvre s'est trouvée détachée. Cette dernière hypothèse me semble la plus probable; en effet, si nous examinons le poumon sur une coupe, il est facile de voir que la lésion va en diminuant de la superficie vers la profondeur, de sorte qu'à une petite distance de la surface on ne trouve plus qu'une altération peu prononcée, altération qui du reste n'est pas franchement inflammatoire, mais paraît plutôt résulter de l'imbibition.

Il est une autre circonstance que je dois signaler : Dans les derniers jours de la vie de ce malade, son voisin fut pris d'é-

rysipèle de la face, alors qu'il n'y en avait pas d'autre dans la salle. En outre, le pus qui s'écoulait en abondance par la plaie du thorax détermina rapidement sur la peau avoisinante une inflammation érysipélateuse qui se termina par gangrène. Aussi je suis tenté de rapprocher ce fait de l'érysipèle et de le désigner sous le nom d'*affection érysipélateuse du poumon*. La dénomination de *phlegmon diffus sous-pleural* me paraît en tout cas parfaitement justifiée.

M. CARVILLE. On observe quelquefois dans certaines formes de broncho-pneumonie des gangrènes superficielles moléculaires, qui guérissent.

Je me rappelle avoir vu en 1868 dans le service de M. Hérard une malade débilitée, qui eut ainsi dans le cours d'une broncho-pneumonie des accidents gangréneux et qui guérit néanmoins. Ne peut-on pas admettre que dans le fait de M. Hayem, il y a eu des phénomènes analogues, aussi étendus, mais plus profonds que dans le cas auquel je fais allusion ?

M. HAYEM. Il n'existait point chez notre malade d'appauvrissement antérieur de l'organisme. Il avait toujours été bien portant et n'a dû qu'à la vigueur de sa constitution de pouvoir résister aussi longtemps à des accidents épouvantablement graves. On ne peut admettre que chez lui une maladie soit devenue grave par suite de son état de santé antérieur, mais il a fait de toutes pièces une maladie spéciale du poumon qui, je le répète, me semble ne pouvoir être comparée qu'à un phlegmon diffus superficiel occupant le tissu cellulaire sous-pleural.

M. BOUILLY. J'ai vu deux fois une pleurésie précéder de longtemps une gangrène pulmonaire. Le premier de ces malades, entré pour un épanchement modéré, s'était rétabli assez bien pour aller en convalescence à Vincennes ; il rentra peu de temps après, avec une reproduction de l'épanchement ; la pleurésie se compliqua de pneumo-thorax et l'on dut pratiquer l'opération de l'empyème. L'incision donna issue à un liquide ayant franchement l'odeur de la gangrène, et le malade rendit aussi des crachats ayant la même odeur.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'un garçon vigoureux, entré pour une broncho-pneumonie généralisée, contractée après un refroidissement. L'état général devint rapidement très-mauvais, le malade mourut sans que l'on eût remarqué

d'accidents capables d'expliquer la mort. A l'autopsie, on trouva outre une pleurésie, une gangrène pulmonaire, qui ne s'était révélée pendant la vie par aucun signe.

M. HAYEM. Dans des cas aussi complexes, il est souvent fort difficile de savoir par où la maladie a commencé : beaucoup de pleurésies qui semblent avoir perforé le poumon, sont liées au contraire à une altération pulmonaire plus ou moins ancienne ; mais il peut se faire aussi que l'inflammation de la plèvre soit le phénomène primitif. C'est ainsi que dans un exemple bien connu, celui d'un professeur de la Faculté, la pleurésie débuta par des symptômes aigus, une douleur extrêmement vive, et c'est seulement beaucoup plus tard, lorsque l'on fit l'empyème que l'on reconnut un sphacèle du poumon.

Chez le malade dont les pièces vous ont été présentées, la maladie avait débuté par une broncho-pneumonie ; puis était survenue la lésion du tissu cellulaire sous-pleural, et la pleurésie ne s'était développée que plus tard, probablement à la suite de l'élimination d'un fragment de tissu pulmonaire sphacélé. En effet, sur le lambeau de plèvre qui sortit au moment de l'opération de l'empyème, il existait un trou qui n'a pu être produit par la pointe du trocart, et qu'il est bien plus naturel de rapporter à l'élimination d'un point limité de gangrène.

M. CHARCOT. Dans un mémoire publié en 1830 dans le *Journal Hebdomadaire*, sur la gangrène superficielle du poumon, M. Corbin admettait que la pleurésie était le point de départ des accidents.

M. CHOUPE. Je remarque qu'il est maintenant relativement fréquent d'observer une pleurésie purulente à la suite de thoracentèse : on fait une première ponction qui ne donne que du liquide séreux, et souvent rien que du sang ; puis quelque temps après, on en fait une autre par laquelle on retire du pus. Nous avons, depuis le commencement de cette année, vu présenter ici 5 ou 6 cas semblables, et j'en ai, l'année dernière, observé plusieurs autres à la Charité. De ces derniers malades, deux sont morts récemment, l'un avec une perforation du poumon et un hydropneumothorax ; l'autre, qui avait été ponctionné 4 fois, a succombé avec une gangrène du poumon.

M. HAYEM. Les pleurésies purulentes sont presque toujours

enkystées de très-bonne heure, et souvent il arrive que dans les ponctions, le trocart passe à côté de l'épanchement. Si, plus tard, on fait une autre ponction dans un point même très-voisin du premier, et que l'on pénètre dans la cavité, on peut croire que la pleurésie purulente n'existait pas lors de la première ponction et être porté à l'attribuer à cette opération. C'est ainsi que, dans le cas actuel, on aurait pu avoir cette opinion, si, au lieu de faire coup sur coup les deux ponctions, on les avait faites à un intervalle plus éloigné.

M. CHOUPPE. Dans les faits dont j'ai parlé, l'erreur n'était pas possible. Du reste, toutes les pleurésies, et non-seulement les pleurésies purulentes sont enkystées.

M. HAYEM. Les pleurésies, même séreuses sont, en effet, toujours enkystées. Mais dans les pleurésies purulentes, l'épanchement est plus limité, et en particulier, dans les cas analogues à celui qui a été le point de départ de cette discussion, la pleurésie est ordinairement localisée au niveau de l'altération pulmonaire primitive dont elle dépasse peu les limites.

18. Note sur les lymphangites pulmonaires, à propos d'une lymphangite du poumon observée dans la syphilis viscérale ; par M. V. CORNIL, médecin des hôpitaux.

Les faits rapportés par MM. Maurice Raynaud, Féréol et Thaon, Troisier, Hillairet, etc., prouvent qu'une lymphangite pulmonaire généralisée s'observe quelquefois dans le cancer de l'estomac accompagné du cancer des ganglions lymphatiques de la petite courbure ; l'altération des lymphatiques est alors caractérisée par la distension de ces vaisseaux remplis d'une matière puriforme ou caséuse, épaisse, grise ou gris-jaunâtre. Cet exsudat est composé de deux parties : de couches de cellules endothéliales gonflées, disposées le long de la paroi du vaisseau, et d'une masse centrale contenant des leucocytes granulo-graisseux.

Telle est la lésion décrite dans l'observation de M. Raynaud, dans celle de M. Féréol et dans les deux de M. Troisier.

Cette lymphangite spéciale, chronique, qui succède à une lésion également chronique des ganglions lymphatiques qui siègent au voisinage de la petite courbure stomacale et des ganglions du médiastin, présente un état caséux de la partie centrale de l'exsudat.

Est-ce là une lymphagite cancéreuse non-seulement par sa

cause et par la coexistence d'un cancer de l'estomac, mais aussi par l'ensemble des caractères anatomiques particuliers qu'elle présente à l'œil nu et au microscope, ou bien peut-elle se rencontrer sous l'influence d'autres causes que le cancer ? Telle est la question que je crois peut-être résolue par l'observation que j'apporte à la Société.

M. Raynaud a admis dans son observation qu'il s'agissait d'une lymphangite cancéreuse; M. Troisier a également isolé la lymphangite pulmonaire cancéreuse de quatre formes de lymphangite; toutefois, M. Troisier fait remarquer que la tumeur stomacale du malade de M. Féréol, citée comme cancéreuse par M. Raynaud, permettait un doute au point de vue de sa nature, et qu'on pouvait tout aussi bien la regarder comme un exemple de lymphadénome de l'estomac. M. Troisier a publié, de plus, une observation recueillie par M. Foix dans le service de M. Bernutz, dans laquelle une lymphangite pulmonaire succédait à un lymphadénome généralisé. Dans cette dernière, il est vrai, l'examen microscopique du contenu des lymphatiques pulmonaires n'a pas été fait.

Dans l'observation suivante, cet examen a été fait et nous a montré tous les caractères de la lymphangite pulmonaire observée chez des cancéreux, et cependant, au lieu de cancer, il y avait dans l'estomac et dans le foie des lésions syphilitiques aussi caractérisées que possible, et rien qui ressemblât au cancer. La voici :

OBSERVATION. — Syphilis viscérale : Autopsie. — Laryngite. — Gommès du foie et de l'estomac. — Inflammation chronique des ganglions lombaires et bronchiques. — Inflammation des Vaisseaux lymphatiques du poumon.

La nommée A..., âgée de 39 ans, couturière, entre à la Charité le 25 mars 1874, au n° 22 de la salle Saint-Vincent, (service de M. WOILLEZ). (L'observation clinique a été prise par M. Pinard, interne du service).

Cette femme, grande, brune, paraît considérablement anémiée; la peau du visage est d'un blanc mat remarquable; les lèvres sont décolorées, ainsi que toutes les muqueuses; les yeux sont profondément excavés; la voix est complètement aphone.

Au point de vue de ses antécédents pathologiques, voici les renseignements que nous avons pu obtenir : Elle n'a eu aucune maladie pendant son enfance. Réglée à 14 ans, elle le fut toujours régulièrement jusqu'au mois de novembre 1873. Depuis cette époque, les règles sont supprimées. Vers l'âge de 25 ans, elle eut des crises nerveuses qui se sont renouvelées assez fréquemment surtout à l'occasion des contrariétés qu'e

éprouve. D'après la description de ces crises, il est évident que cette femme est hystérique : sensation de boule qui remonte de l'estomac à la gorge, et qui l'étouffe ; mouvements convulsifs, etc. Elle nie absolument avoir eu aucune autre maladie. Depuis quelque temps, l'état général devint mauvais, les forces diminuèrent ; puis les douleurs se firent bientôt sentir dans le ventre, principalement dans la région hypogastrique. En même temps, l'appétit diminua sensiblement et les digestions s'accomplirent péniblement. Malgré cela, elle continua à travailler. Il y a quinze jours, elle perdit la voix, subitement, assura-t-elle ; puis elle éprouva des vomissements de matières alimentaires. Ce sont ces vomissements qui la firent entrer à l'hôpital.

L'examen du cœur et de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Léger bruit de souffle à la base. Du reste, la malade ne tousse pas ; le pouls est normal, ainsi que la respiration. Le ventre est sensible à la palpation. Au niveau des fosses iliaques, il existe une véritable hyperesthésie. Le toucher vaginal donne des résultats négatifs : col de nullipare sain ; utérus non augmenté de volume, etc. Interrogée à ce moment spécialement au point de vue de la syphilis, elle nie énergiquement. On ne voit, du reste, aucune trace de manifestation cutanée ancienne ou récente. A la suite de cet examen, cette femme nous ayant dit qu'elle était obligée de passer les nuits à travailler, on porte le diagnostic suivant : chloro-anémie chez une hystérique. Traitement : régime tonique ; antispasmodiques.

26 mars. La nuit a été mauvaise ; la malade nous dit que, dans la nuit, elle a eu un accès d'étouffement ; mais, ce matin la respiration est calme. La percussion ne dénote rien ; les signes stéthoscopiques sont nuls. Le soir, elle ne se plaint pas. Elle a vomi deux fois dans la journée. Les matières rendues sont verdâtres.

27 mars. Nous la trouvons très-abattue. Les yeux sont encore plus profondément excavés que les jours précédents. Pouls normal ; respiration non accélérée ; ventre toujours sensible.

Dix minutes après la visite, elle éprouva une dyspnée considérable, fit des efforts pour se lever, fit signe qu'on ouvrit la fenêtre, agita violemment les bras, et retomba sur son oreiller. Lorsqu'on arriva auprès de la malade, elle était morte. La face était cyanosée, ainsi que les extrémités.

AUTOPSIE le 29 mars.

Le larynx présente un œdème léger des cordes vocales ; il est rempli de mucosités spumeuses ; la surface des deux cordes vocales est couverte par un couche épaisse d'épithélium de couleur blanchâtre, nacré, au-dessous duquel la muqueuse

est elle-même épaissie. Rien dans la trachée. Les *ganglions péritrachéaux* sont gros, noirs, ardoisés.

A la surface du *poumon* droit, on voit les lymphatiques sous forme de cordons noueux dessinant les lobules pulmonaires, remplis d'une substance opaque de couleur grise ou gris jaunâtre. Cette lymphangite, qui n'est pas généralisée, occupe les surfaces contigües du lobe inférieur et du lobe moyen et la face postérieure du lobe inférieur. A gauche, cette lymphangite pulmonaire siège à la face inférieure du lobe supérieur, et aux faces supérieure et inférieure du lobe inférieur. Le contenu des lymphatiques sectionnées consiste en une matière semi-liquide, pâteuse, grise, donnant, à l'œil nu, l'apparence du pus caséeux. Dans ces mêmes parties, la section du poumon montre que la même altération des vaisseaux lymphatiques existe aussi dans la profondeur de l'organe. Le *cœur* est normal.

Le *foie* présente des enfoncements, des sillons profonds, et, au fond de ces sillons, des gomme réunies en groupes. En deux endroits, ces noyaux gommeux sont de la grosseur d'une petite noix. Il sont formés de lobules de consistance très-dure, de couleur jaune, privés de suc. Pris dans son ensemble, le foie est ratatiné. Les lobules hépatiques sont rouges à leur centre et gris à leur périphérie. Le foie adhérerait, par des brides excessivement résistantes, à l'intestin et au diaphragme. Il n'avait pas contracté d'adhérences à l'estomac. Les *reins* sont normaux.

Tous les *ganglions lymphatiques* situés au-devant du trépied coeliaque sont très-durs, tuméfiés, blancs sur une surface de section. Sur leur coupe, on fait suinter par la pression des gouttelettes de pus ou de lymphe. Ces ganglions existent tout le long du bord supérieur du pancréas et autour du pylore.

Estomac: La muqueuse stomacale, examinée le long de la petite courbure et dans le voisinage du pylore, présente le relief de tumeurs aplaties, marronnées: l'une ayant 5 centimètres de diamètre; l'autre 3, et la dernière deux centimètres; à leur niveau, la muqueuse est soulevée; elle est froncée sur la plus grosse, qui présente une légère dépression à son centre; toutefois, la muqueuse n'est pas intéressée par une ulcération, et paraît lisse et normale, bien qu'amincie. Sur ces tumeurs, la muqueuse est adhérente. Sur une section perpendiculaire à la surface, on voit le tissu sous-muqueux épaissi et induré de manière à présenter une épaisseur de 8 à 12 millimètres, et ce relief, formé par l'épaississement du tissu sous-muqueux, se distingue parfaitement de la couche musculaire qui est au-dessous. La fig. 1 dessinée à l'œil nu représente une section pas-

sant à travers les différentes couches d'une de ces tuméfactions de l'estomac. Le centre *b* de la figure est déprimé bien qu'il soit recouvert par la muqueuse *a*. Les couches musculuses *g* et *h* sont normales ou à peine épaissies tandis que le tissu conjonctif sous-muqueux *i* est très hypertrophié. Ce tissu conjonctif est d'une consistance fibreuse, très-dense, et ne présente pas de suc par le raclage. Sa couleur est jaunâtre. La couche musculaire est très-nettement hypertrophiée à ce niveau. Le pylore est un peu rétréci. Il n'y a pas d'adhérence de l'estomac avec le foie; mais au niveau de la petite courbure, le tissu cellulaire périphérique est adhérent avec les ganglions lymphatiques indurés, et on voit à la surface une cicatrice dure, blanchâtre, rayonnée. Une adhérence épiploïque unit le gros intestin avec le ligament large gauche. Il y a aussi une induration et une cicatrice rayonnée de la surface du mésentère.

Utérus : L'utérus est gros, il n'y a pas d'ulcération du col; on trouve plusieurs petites masses dures à la surface péritonéale de l'utérus. Au niveau d'adhérences qui unissent intimement la surface péritonéale de l'utérus avec la trompe droite, se trouve une tumeur kystique grosse comme un œuf. Dans ce même point, l'ovaire est adhérent, dur, et présente une foule de cicatrices blanches plissées des follicules de Graaf. Un petit groupe de corps fibreux durs existe à la naissance de cette même trompe. L'ovaire gauche est presque libre d'adhérences. Ces tumeurs, examinées au microscope, n'étaient autre chose que des myomes. *Mamelles* assez développées et normales.

Les os du crâne sont minces et ne présentent rien à noter; la surface de la dure-mère est normale. La coupe du cerveau ne présente rien de particulier.

Les tibias, palpés à travers la peau, n'avaient pas de périostose.

EXAMEN MICROGRAPHIQUE. — *Estomac*: Les sections perpendiculaires à la surface de la muqueuse stomacale et passant à travers les différentes couches qui constituent les mamelons précédents montrent:

1° La couche glandulaire, qui est à sa surface hérissée de petites saillies villeuses ou papillaires droites ou obliques. Ces villosités sont formées par le bourgeonnement hypertrophique du tissu conjonctif qui entoure les glandes en tube (*a*, fig. 2). Ces glandes sont séparées les unes des autres par ce tissu conjonctif épaissi et fibreux. Les tubes glandulaires (*b*, fig. 2) sont rétrécis et le conduit excréteur est remplacé presque complètement par le tissu conjonctif sur celles qui se trouvent au centre déprimé des mamelons saillants. Les culs-

de-sac terminaux des glandes sont à peu près normaux dans la plus grande partie du mamelon; ils se présentent sur les coupes à 1 millim. $\frac{1}{2}$ de la surface, sous la forme d'agglomérations de sections circulaires (c, fig. 2), ayant le diamètre normal des culs de-sac. Au centre seulement de la tumeur ils sont plus rares et moins faciles à distinguer. A un plus fort grossissement (200 à 400 diam.), les villosités apparaissent comme un tissu conjonctif serré, couvert de quelques cellules plates et contenant entre ses fibres des cellules embryonnaires rondes et des granulations graisseuses. Ces granulations graisseuses, qui existent seulement dans les parties saillantes, proviennent évidemment des aliments, car il existe aussi à la surface des villosités et dans l'intérieur des conduits glandulaires des corpuscules d'amidon (le malade avait mangé de la soupe peu de temps avant sa mort.) Les tubes glandulaires contiennent quelques cellules d'épithélium cubique et petit qui ne forment pas un revêtement complet; on ne peut que rarement suivre un de ces canaux glandulaires se rendant à un cul-de-sac, et d'un autre côté, au-dessus d'un groupe de culs de-sac on peut ne voir aucun vestige de conduits. Les dilatations terminales des glandes possèdent leur membrane propre très-mince et des cellules qui la tapissent complètement. Sur les sections, ces cellules présentent la forme et l'apparence de cellules muqueuses; elles sont cylindriques, à grosse extrémité tournée vers la paroi, à extrémité plus petite tournée vers le centre du cul-de-sac; leur paroi mince offre un double contour et leur contenu est muqueux, clair et grenu. Le tissu qui les entoure est un tissu conjonctif feutré, serré, contenant des fibres élastiques, des fibres de tissu conjonctif et des cellules rondes et petites. Il est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins.

2° Le tissu sous-muqueux qui constitue, ainsi qu'il a été dit, tout le relief de la néo-formation, est serré, dense, feutré, parcouru par des vaisseaux artériels capillaires et veineux remplis de sang; il contient des fibres élastiques et de tissu conjonctif, entre lesquelles existent de très-nombreuses cellules embryonnaires, petites, rondes ou un peu allongées. On trouve en outre, des îlots de ces cellules au milieu d'une substance fondamentale granuleuse et peu abondante, de véritables îlots sphériques de tissu embryonnaire. Au centre déprimé des tumeurs, le tissu conjonctif se continue directement jusqu'à la surface; car, en ce point, la couche glandulaire, en grande partie atrophiée, est réduite à quelques rares tubes atrophiés et à quelques groupes de culs-de-sac distants les uns des autres.

3° Les couches musculieuses sont très-épaisses, transpa-

rentes ; les faisceaux de fibres lisses sont séparés par des bandes de tissu fibreux contenant entre les fibres des cellules embryonnaires rondes ; mais ces éléments ne se rencontrent pas dans l'intérieur des faisceaux entre les cellules musculaires. Celles-ci sont grosses, transparentes, réfringentes, munies de leurs noyaux caractéristiques.

Dans la couche de tissu conjonctif péritonéale, même néoformation d'éléments cellulaires.

Foie : Les sections du foie présentent la structure caractéristique des gommés de cet organe. Les gommés sont anguleuses, irrégulières à leur pourtour ; leur centre est composé de cellules atrophiées, finement granuleuses, au contact les unes des autres. La périphérie de ces gommés montre une zone dans laquelle de grosses granulations grasseuses existent au milieu des espaces du tissu conjonctif. Enfin, à la périphérie de ces gros îlots gommeux, des rayons de tissu fibreux riche en éléments embryonnaires se répandent dans le tissu hépatique voisin en entourant les lobules d'une zone cirrhotique.

Ganglions lymphatiques : L'examen micrographique des ganglions lymphatiques voisins de la petite courbure, fait à l'état frais et après le traitement par le liquide de Müller, la gomme et l'alcool, nous a donné des résultats très-intéressants : les préparations de ces ganglions comprenant toute leur étendue, examinées à un faible grossissement, montraient toutes les voies lymphatiques ganglionnaires et péri-ganglionnaires complètement remplies et distendues à un très-haut degré. Ainsi, dans la zone adipeuse péri-ganglionnaire et dans la capsule fibreuse, on voyait les vaisseaux lymphatiques afférents remplis et très-gros. Dans la zone corticale du ganglion, les sinus ou lacs lymphatiques qui entourent les follicules étaient également remplis. Les deux figures 3 et 4 montrent des sections de ces ganglions.

La fig. 3 dessinée à un grossissement de 15 diamètres représente la coupe d'une partie de la capsule *a* ; on voit un vaisseau lymphatique afférent *p*, rempli et tout autour de la substance folliculaire, les canaux lymphatiques et les sinus péri-folliculaires *m*, *m*, *m'*, extrêmement dilatés contenant encore une partie des éléments qui les remplissaient.

Il en était de même des conduits lymphatiques et des espaces caverneux de la substance médullaire du ganglion. La fig. 4 représente, à un grossissement de 40 diamètres, une coupe de la substance médullaire dans laquelle les canaux lymphatiques afférents *a*, débarrassés de leur contenu par le pinceau, sont énormes. Le tissu réticulé de la substance médullaire *f*, présente également des mailles très-larges remplies

par des éléments. Avec un grossissement plus fort (150 à 300 diamètres) il était facile de voir que partout le contenu des voies lymphatiques était composé de cellules endothéliales plus ou moins gonflées, plus ou moins granuleuses, qui constituaient la plus grande partie de ce contenu. Ces cellules se aissaient désigner très-facilement à l'aide du pinceau, et alors la préparation montrait de grands espaces vides indiquant les voies lymphatiques ; leur volume était considérable ; parfois on en voyait présentant la forme aplatie, avec un gros noyau plat ovoïde et un protoplasma irrégulier, plissé, avec des prolongements anguleux ; le plus grand nombre d'entre elles étaient irrégulièrement sphériques ou pavimenteuses, gonflées et à bords mousses. Elles se coloraient très-facilement par le picrocarminate. La fig. 5 dessinée à un grossissement de 100 diamètres offre l'aspect d'un tissu réticulé de la substance médullaire. Les cavités *a*, sont les unes vides, les autres plus ou moins remplies de cellules *b*, *f*, *d*, qui ont résisté à l'action du pinceau ; ces cellules sont d'un volume considérable, ainsi qu'on peut en juger sur la figure 5 en les comparant aux cellules lymphatiques représentées en *m*. Celles qui siégeaient dans les sinus et vaisseaux lymphatiques afférents de la substance corticale étaient pour la plupart remplies de granulations graisseuses, de manière à figurer des corps granuleux. Toutes ces cellules possédaient des noyaux colorés en rouge intense par le carmin. Avec ces éléments on trouvait aussi quelques cellules lymphatiques relativement très-rares.

Il y avait donc dans tous ces ganglions un nombre considérable de cellules d'épithélium évidemment formées sur place et accumulées, distendant énormément tous les vaisseaux et canaux lymphatiques. La substance folliculaire de la couche corticale ne présentait pas d'altération bien nette. Sur les parties des préparations où cette substance était très-mince, on voyait nettement le réticulum fin et des cellules lymphatiques comprises entre les mailles. Là il n'y avait pas de cellules endothéliales, si ce n'est dans les mailles très-larges qui appartenaient au sinus péri-folliculaire. Dans le tissu médullaire, les cordons folliculaires montraient aussi leur structure normale, c'est-à-dire le réticulum et les cellules lymphatiques ; mais le système caveux du tissu médullaire était rempli de cellules endothéliales gonflées (voy. fig. 5, Pl. II).

Il est évident que les cellules endothéliales contenues dans les canaux des ganglions lymphatiques, n'avaient pas été transportées et qu'elles ne pouvaient venir ni de l'estomac, ni du foie ; que, par conséquent, elles s'étaient formées dans ces ganglions et vaisseaux par suite d'une adénite consécutive aux lésions syphilitiques de l'estomac et du foie. Nous avons donc à faire

ici à une forme peu connue de l'inflammation chronique syphilitique des ganglions.

Les ganglions lymphatiques du médiastin présentaient la même altération, ce qui s'explique par leurs anastomoses lymphatiques avec les précédents. De plus, il y avait une altération analogue des vaisseaux lymphatiques du poumon.

Vaisseaux lymphatiques du poumon: L'examen du contenu des lymphatiques sous-pleuraux, fait à l'état frais, nous a montré une quantité considérable de cellules endothéliales gonflées et des corpuscules lymphatiques ronds, pour la plupart granuleux et caséux. Des fragments altérés ont été mis dans le liquide de Muller, puis dans la gomme et l'alcool. Sur les sections de ces pièces durcies, on pouvait s'assurer à l'œil nu que quelques lymphatiques profonds étaient remplis aussi bien que les superficiels. Sur les coupes minces, examinées à un faible grossissement, nous avons observé les particularités suivantes: Les lymphatiques superficiels et quelques-uns des lymphatiques profonds sont remplis complètement et distendus de façon à avoir 1 millimètre de diamètre. La plèvre n'est pas altérée; la plus grande partie des alvéoles pulmonaires est absolument normale; mais, autour des lymphatiques distendus, il y a toujours quelques alvéoles pulmonaires qui présentent dans leur intérieur des éléments nouveaux; il existe une congestion avec pneumonie lobulaire très-circonsrite et très-légère autour des lymphatiques enflammés. Ces derniers affectent leur disposition connue autour des vaisseaux et autour des bronches. Deux, trois lymphatiques se trouvent dans la zone qui entoure les bronches et les vaisseaux; et ces derniers canaux présentent eux-mêmes des lésions inflammatoires qui consistent en une bronchite intense, de telle sorte que les petites bronches sont remplies presque complètement par des cellules cylindriques et des globules lymphatiques. Il existe un certain degré d'endartérite pour ce qui est des artères situées au centre des lymphatiques enflammés. C'est ce que montre la figure 6 dessinée à un grossissement de 15 diamètres et dans laquelle trois vaisseaux lymphatiques *l, l, l*, (ce dernier artificiellement vide), entourent une artère *a*. Cette artère présentait une tuméfaction de sa membrane interne enflammée. La bronche *b*, est remplie de cellules cylindriques, ce qui dénote aussi une inflammation catarrhale, et enfin les alvéoles pulmonaires voisins *m*, sont également le siège de cellules nouvellement formées. Le contenu des vaisseaux lymphatiques, examiné à un fort grossissement sur les sections, est composé pour la plus grande partie de cellules endothéliales. Les globules de pus y sont rares.

Il s'agit, suivant toute probabilité, dans cette lymphangite du

poumon. d'une inflammation consécutive à celle des ganglions bronchiques, et propagée par continuité de tissu. Les inflammations des petites bronches et des vaisseaux lui auraient succédé.

Nous croyons, en outre, que la formation prédominante de cellules indique un processus lent, dont la première phase est l'accumulation des cellules lymphatiques, et la seconde la multiplication des cellules endothéliales; d'où il résulte que les cellules lymphatiques deviennent caséuses et restent emprisonnées au milieu de la couche périphérique de grosses cellules.

Cette observation de lymphangite pulmonaire consécutive à la syphilis est importante, en ce sens qu'elle est absolument semblable, eomme lésion, à celle qui succède au carcinome de l'estomac propagé aux ganglions; elle prouve, par conséquent, que le carcinome de l'estomac n'a pas seul le privilège de la déterminer.

Dans ce cas, la marche ascendente des lésions propagées par les vaisseaux et les ganglions lymphatiques nous paraît bien établie. Les gommes et la production de tissu calleux observés dans le foie et dans l'estomac sont certainement les lésions les plus anciennes, d'après la métamorphose caséuse des gommes du foie, d'après l'organisation et la dureté du tissu conjonctif nouveau du foie et de l'estomac. Puis sont venues les hypertrophies ganglionnaires, consistant en une inflammation chronique des voies lymphatiques, et, en dernier lieu, la lymphangite pulmonaire avec bronchite et inflammation des alvéoles pulmonaires voisins des lymphatiques enflammés.

Nous avons observé là, au point de vue anatomo-pathologique, une lésion des ganglions qui, croyons-nous, n'a pas été jusqu'ici suffisamment décrite. A l'œil nu, les ganglions rentraient dans la forme médullaire (1) du bubon syphilitique et présentaient une inflammation des vaisseaux lymphatiques du ganglion caractérisée par la formation exubérante de leurs cellules endothéliales.

Comparons maintenant cette lymphangite très-étendue, superficielle et profonde du poumon, avec les lymphangites dues à d'autres causes et siégeant dans le même organe. Ce qui la caractérise dans notre observation, de même que dans celles de MM. Raynaud, Féréol et Troisier, c'est la prolifération des cellules de l'endothélium, et l'état caséux des cellules lymphatiques contenues au centre des vaisseaux.

(1) Dans son *Traité des Tumeurs*, Virchow distingue quatre formes de bubon syphilitique: un stade simplement irritatif, un stade médullaire et un stade caséux; ces trois formes appartiennent à l'adénite. La quatrième est la dégénérescence amyloïde.

Les lymphangites de la surface des poumons sont constantes et très-faciles à observer dans les diverses espèces de pleurésie et de pneumonie aiguë.

Dans la pleurésie fibrineuse, elles ont été étudiées par Wagner, qui a trouvé de la fibrine dans l'intérieur des canaux lymphatiques; nous avons vérifié fait, M. Ranvier et moi, et nous avons vu que, dans ce cas, les canaux lymphatiques présentaient dans leur intérieur le même exsudat qui existe à la surface de la plèvre, c'est-à-dire de la fibrine, des cellules lymphatiques et des cellules endothéliales gonflées et proliférées. Il y a constamment aussi quelques globules rouges sanguins épanchés en même temps.

Ces canaux lymphatiques ne sont pas visibles à l'œil nu, parce que la plèvre est recouverte d'un exsudat qui masque les canaux lymphatiques et parce qu'en même temps le tissu conjonctif de la plèvre pariétale et pulmonaire est épaissi par l'inflammation. Dans ce tissu conjonctif, en effet, les espaces du tissu conjonctif présentent des corpuscules blancs et des cellules du tissu conjonctif tuméfiées. Les cavités lacunaires du tissu conjonctif sont remplies par les mêmes éléments que les vaisseaux lymphatiques. Dans cet épaississement général de la séreuse, recouverte en outre par des couches de fibrine, il est impossible de reconnaître à l'œil nu le relief des vaisseaux, comme on le ferait si la membrane avait conservé sa minceur et sa transparence normales.

Dans la pleurésie purulente et dans les noyaux de suppuration du poumon qui s'observent près de la surface dans les infections purulentes, on a vu plusieurs fois à l'œil nu des lymphatiques remplis de pus.

Dans la pneumonie catarrhale ou broncho-pneumonie, qui s'accompagne toujours de pleurésie lorsque la lésion arrive à la surface du poumon, les lymphatiques superficiels sont également malades. Ils sont remplis absolument des mêmes éléments que les alvéoles pulmonaires, c'est-à-dire de grosses cellules endothéliales proliférées libres au milieu d'un liquide qui contient aussi quelques cellules lymphatiques et des globules sanguins. Je me suis assuré tout récemment de ce fait sur des préparations faites dans un cas de pneumonie catarrhale simple et sur un frot de pneumonie catarrhale aiguë dans un poumon tuberculeux.

Dans la pneumonie fibrineuse aiguë ou lobaire, comme la lésion intéresse généralement la plèvre, il y a toujours aussi de la lymphangite superficielle en même temps que de la pleurésie. Là aussi, les lymphatiques sont remplis du même exsudat qui distend les alvéoles pulmonaires et qui s'étale à la surface de la plèvre, exsudat composé de fibrine enserrant dans ses mailles des corpuscules de pus, quelques rares cel-

lules endothéliales et un petit nombre de globules rouges. L'exsudat inflammatoire intra-lymphatique est donc identique à celui des alvéoles pulmonaires. J'ai pu constater cette particularité dans la pneumonie aiguë en étudiant, à ce point de vue, les préparations de M. Ranvier et les miennes. Ces lymphatiques altérés, dans la pneumonie fibrineuse, sont très-faciles à reconnaître, dans le tissu pleural de la surface du poumon et dans les cloisons interlobaires de la profondeur du poumon lorsque ces cloisons ont une certaine épaisseur. Dans ces conditions, en effet, il est impossible de les confondre, soit avec une petite bronche, soit avec des alvéoles pulmonaires; et les sections circulaires ou longitudinales de vaisseaux remplis de l'exsudat précédent, entourés par du tissu conjonctif, ne peuvent être rapportées qu'à des lymphatiques, le tissu conjonctif qui les entoure est lui-même altéré, et ses mailles offrent dans leur intérieur les mêmes éléments de l'inflammation que le tissu conjonctif de la plèvre enflammée.

Par l'examen direct des sections du parenchyme pulmonaire hépatisé, au contraire, il est difficile ou, pour mieux dire, impossible d'affirmer *de visu* que les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux et les bronches dans les lobules sont altérés. Toutes les cavités du poumon, petites bronches, infundibula, alvéoles, sont en effet remplies par l'exsudat. Il serait impossible, par conséquent, que les vaisseaux lymphatiques subissent une dilatation aussi énorme que cela a lieu lorsqu'ils sont seuls enflammés et que les cavités alvéolaires voisines ne les gênent en rien dans leur expansion. En outre, ni leurs parois ni leur contenu ne pourraient les faire distinguer des sections des alvéoles et des dernières bronches, à supposer qu'ils soient enflammés de la même manière que les lymphatiques de la surface.

Je dis que leur paroi même ne pourrait servir à les reconnaître; car la paroi des lymphatiques intra-pulmonaires est extrêmement mince, possède des fibres élastiques et des vaisseaux, absolument comme les parois des alvéoles pulmonaires. Lorsque, en effet, on examinait, dans l'observation précédente, une section des parois des lymphatiques, on voyait des vaisseaux capillaires remplis de sang situés au milieu de cette paroi ou immédiatement à la surface interne sous l'épithélium. Lorsque, par un hasard de la préparation, on avait devant les yeux une portion étalée de la surface interne du lymphatique vue de face, on y reconnaissait un lacis vasculaire, à mailles assez fines, dont les vaisseaux étaient pleins de globules rouges. L'existence de ces vaisseaux sanguins, très-voisins de la surface interne des vaisseaux lymphatiques,

est la cause de la présence des globules sanguins qu'on y trouve toujours quand ils sont enflammés.

Pour ce qui est de l'état des vaisseaux lymphatiques profonds dans les parties du poumon hépatisé, bien que nous ne puissions pas dire que telle cavité remplie de l'exsudat fibrino-purulent est un lymphatique ou un alvéole pulmonaire, néanmoins nous nous croyons pleinement en droit de dire que les canaux lymphatiques sont enflammés dans la pneumonie fibrineuse. Nous nous fondons pour cela sur la lésion bien sûrement constatée des vaisseaux du tissu conjonctif pleural et interlobaire, sur l'inflammation constante des ganglions de la racine des bronches, sur l'identité de structure des parois des lymphatiques et des alvéoles, et enfin sur ce fait que toutes les cavités pulmonaires autres que les vaisseaux sanguins sont remplies par le même exsudat pneumonique.

Il ressort de ce qui précède, que, dans le poumon, les inflammations communes aiguës des vaisseaux lymphatiques sont absolument les mêmes que celles des alvéoles et du tissu conjonctif. Ce résultat pouvait être prévu d'avance, d'après ce que nous savons sur la participation des vaisseaux lymphatiques aux inflammations du tissu conjonctif, et il concorde absolument avec les travaux de MM. Lordereau et J. Renaut sur l'érysipèle, et de M. Kelsch sur la dysenterie.

Si de l'étude des inflammations aiguës nous passons à celle des processus chroniques, nous trouvons de nombreux points de ressemblance entre les uns et les autres.

Dans la lymphangite tuberculeuse, par exemple, dans celle qui succède aux ulcérations intestinales, où elle est très-facile à étudier, les lymphatiques de l'intestin, à la surface et au niveau de l'ulcération, sont remplis de globules de pus et de cellules endothéliales. Souvent, de distance en distance, la section passe à travers une granulation tuberculeuse située le long du vaisseau dans son trajet entre l'ulcération et le ganglion mésentérique. Alors, le calibre du vaisseau est diminué, aplati, et son contenu consiste en cellules lymphatiques et en grosses cellules tuméfiées. Cette lymphangite catarrhale ou puriforme peut être poursuivie jusque dans la capsule et dans les canaux lymphatiques du ganglion (1). Que le ganglion soit caséux ou imperméable au passage de la lymphe, les cellules lymphatiques contenues au milieu du canal lymphatique

(1) J'ai cherché dans un certain nombre d'autopsies de tuberculeux à étudier les lésions des lymphatiques du poumon liées à la tuberculose, sans trouver un spécimen propre à cette observation. Le poumon atteint de tuberculose est, en effet, un sujet rendu extrêmement difficile par la complexité des lésions.

Fig. 5.



Fig. 2.

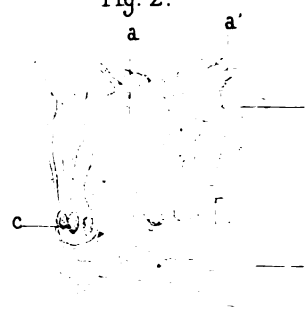


Fig. 4.

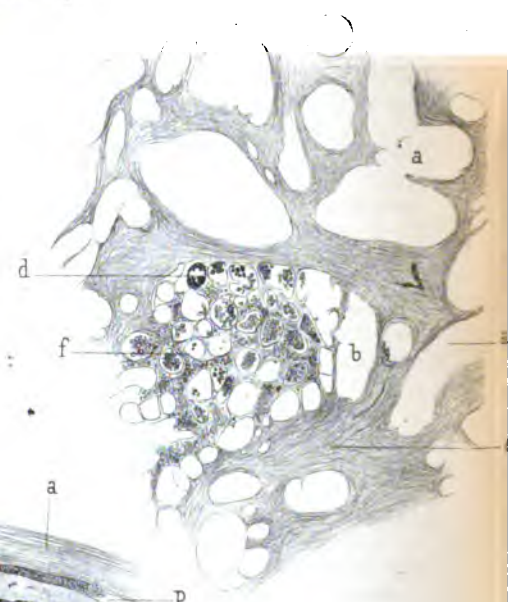


Fig. 6.

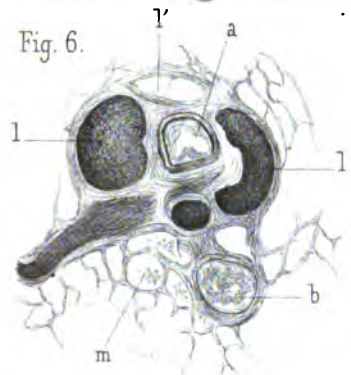


Fig. 3.

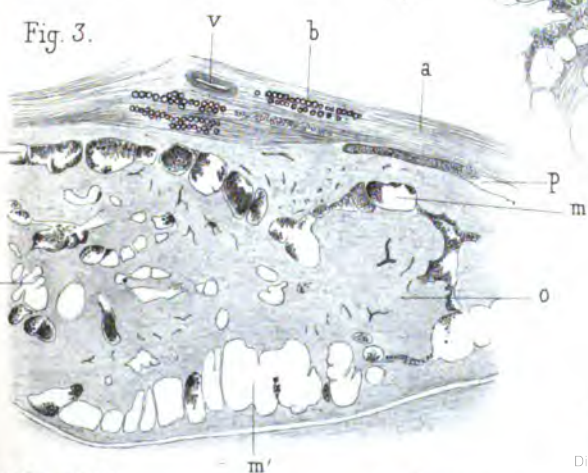


Fig. 1.



tique deviennent caséuses, et en même temps les cellules endothéliales de la paroi continuant à végéter, on aura absolument l'état des vaisseaux lymphatiques pulmonaires observé dans les cas de cancer publiés par MM. Raynaud et Troisier, et dans les cas de syphilis que je viens de rapporter.

Le lymphangite cancéreuse présente des altérations comparables à la lymphangite tuberculeuse. Des noyaux de cancer secondaire des poumons étant donnés, les lymphatiques montrent, au point de vue anatomique, les mêmes lésions : cellules endothéliales proliférées accumulées en plusieurs couches, cellules lymphatiques caséuses au centre. Reste à savoir si la lésion du lymphatique est primitive ou si elle est consécutive au noyau cancéreux du poumon, et de quelle façon elle est modifiée par l'état de dégénérescence des ganglions bronchiques.

En résumé, au point de vue anatomique et histologique, on peut dire que la lymphangite aiguë catarrhale (telle qu'on l'observe dans la pneumonie catarrhale) est caractérisée par la tuméfaction et la prolifération des cellules endothéliales et par la présence de cellules lymphatiques. Dans la lymphangite chronique de cause tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique, à cette multiplication et à cette accumulation de cellules endothéliales se joint un état caséux des cellules lymphatiques. L'exsudat contenu dans l'intérieur du vaisseau est sensiblement le même dans ces divers cas de lymphangite chronique.

La distinction entre ces diverses angioleucites ne peut s'établir que par leur cause, par les particules liquides ou solides inconnues dans leur composition, qui sont les agents de l'infection, et par leur effet, qui consiste dans la production à distance d'altérations semblables à la lésion initiale.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE II.

Fig. I. — Section verticale d'une des tumeurs syphilitiques de l'estomac, dessinée à l'œil nu.

a, couche glandulaire qui est amincie au centre ; *b*, légèrement déprimé de la tumeur ; *f*, tissu conjonctif sous-muqueux formant à lui seul tout le relief de la tumeur ; *g*, *h*, couches musculaires ; *m*, péritoine.

Fig. II. — Section verticale de la couche glandulaire de l'estomac au niveau de la tumeur précédente (grossissement de 20 diamètres).

a, *a*, saillies villoses du tissu conjonctif inter-glandulaire hypertrophié ; *b*, tubes glandulaires ; *c*, culs-de-sac des glandes stomacales ; *d*, tissu conjonctif sous-muqueux.

Fig. III. — Section d'un ganglion lymphatique situé à la petite courbure de l'estomac (grossissement de 15 diamètres).

La figure représente une partie de la coupe de la surface du ganglion.

a, tissu conjonctif de la capsule fibreuse; *b*, tissu adipeux; *c*, vaisseau sanguin de la capsule fibreuse; *p*, vaisseau lymphatique placé immédiatement sous la capsule; *o*, tissu réticulé des follicules de la surface; *m, m, m*, canaux lymphatiques péri-folliculaires et tissu lymphatique. Toutes ces cavités étaient remplies de cellules en partie chassées par le pinceau.

Fig. IV. — Portion de la substance médullaire d'un ganglion de la petite courbure de l'estomac (grossissement de 20 diamètres).

a, a, larges canaux de la substance médullaire remplis primitivement de cellules endothéliales; *b, d*, canaux lymphatiques cloisonnées et tissu réticulé; *f*, de la substance médullaire; *c*, cordon folliculaire.

Fig. V. — Portion de la substance médullaire d'un ganglion montrant des cordons folliculaires *m*, constitués par le tissu réticulé et les canaux lymphatiques qui les entourent *a*.

Ces canaux étaient remplis complètement par des cellules endothéliales *f, b*, en partie chassées par le pinceau.

c, paroi de la cavité lymphatique avec ses cellules plates.

Fig. VI. — Section à travers le poumon atteint de lymphangite (grossissement de 15 diamètres).

a, artère entourée de trois lymphatiques, *l, l, l'*, enflammés et remplis de cellules endothéliales. Le contenu du lymphatique *l'* a été chassé par le mode de préparation; *b*, bronche enflammée; *m*, alvéoles également enflammées et remplis d'éléments cellulaires de nouvelle formation.

Séance du 24 avril.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

19. Angine tuberculeuse, par M. V. HANOT, interne des hôpitaux.

Hoenville, Jean, serrurier, âgé de 51 ans, entre le 6 avril 1874, à l'hôpital Cochin (service de M. BUCQUOY).

Cet homme qui ne fournit aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires, n'a jamais eu la syphilis; il s'était toujours bien porté jusqu'à l'époque du Sièg. Pendant l'hiver de 1870-71, il toussa presque continuellement, puis sa santé se rétablit.

En février 1872, il contracta une pleurésie, fut soigné à l'hôpital Cochin et sortit guéri sept semaines après. En octobre 1873, il recommença à tousser: dès lors sa santé a été s'alté-

rant de plus en plus : persistance de la toux ; anhélation après le moindre effort ; diminution de l'appétit ; diarrhée ; sueurs nocturnes ; amaigrissement progressif.

En novembre 1873, le malade, qui n'a jamais fait d'excès de tabac et n'avait point de mauvaises dents, remarqua que la portion médiane de la gencive supérieure se tuméfiait et devenait douloureuse. Il l'examina attentivement ; il n'y avait alors, avec la tuméfaction, qu'une rougeur plus vive ; quinze jours après, il y vit une petite ulcération à fond grisâtre ; vers ce moment, il ressentit des élancements sur la muqueuse de la lèvre supérieure, dans la partie voisine de l'ulcération gingivale ; cette partie était tuméfiée, plus rouge qu'à l'ordinaire, exulcérée. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, les deux incisives supérieures tombèrent et le 23 mars, il souffrit de la gorge ; il regarda au moyen d'un miroir ; la luette était tuméfiée, et recouverte, ainsi que la face antérieure du voile du palais, de points blanchâtres. Bientôt la muqueuse du voile du palais s'exulcéra comme la gencive et la lèvre. La mastication et la déglutition étaient très douloureuses.

La malade entre à l'hôpital, le 6 *avril*. Il est profondément amaigri ; la voix est un peu rauque.

Matité à la partie supérieure du thorax, à droite et à gauche en avant et en arrière. Râles sous-crépitaux, expiration soufflante, bronchophonie ; quelques râles muqueux disséminés dans le reste des poumons ; crachats nummulaires abondants. Rien à noter au cœur ; fièvre, anorexie, diarrhée.

Examen de la bouche. Les incisives supérieures sont noirâtres, érodées, comme taillées en biseau aux dépens de leur face antérieure. Les deux médianes sont absentes ; à leur niveau, la gencive, sur toute son étendue, est ulcérée. Cette ulcération est peu profonde, et à son pourtour, la muqueuse saine dessine un bord très net, mais peu saillant.

La surface de l'ulcération est granuleuse, parsemée de petits bourgeons rosés, de petites saillies grisâtres, recouverte d'une matière muco-purulente. Sur la face muqueuse de la lèvre supérieure, à la partie médiane, est une ulcération analogue, large de 2 centimètres dans son diamètre maximum, et s'étendant du bord libre de la lèvre à la gouttière labio-gingivale, où elle se confond avec l'ulcération de la gencive. L'ulcération de la lèvre est un peu moins profonde, et sa surface présente le même aspect ; à son pourtour, sur la muqueuse saine, on remarque des taches sphériques, punctiformes, d'un gris jaunâtre, à peine saillantes, les unes isolées, les autres confluentes sous forme de petites plaques.

La luette est tuméfiée, légèrement ulcérée ; à droite et à gauche de la luette, aux points où elle se continue avec le

bord libre du voile du palais, est une ulcération, une sorte d'échancrure, dirigée obliquement en haut et en dehors. L'échancrure droite a presque un centimètre de long, sur 2 millimètres environ de large, elle est plus longue et plus profonde que la gauche. Les bords de ces ulcérations sont assez nettement coupés; elles sont comblées par une matière muco-purulente.

La presque totalité de la face antérieure du voile du palais et des piliers antérieurs est recouverte d'ulcérations très-superficielles, atteignant à peine un demi-centimètre carré, se confondant presque toutes les unes avec les autres; leur bord est très peu saillant, leur surface chagrinée par de petits bourgeons roses ou grisâtres. Sur les parties saines, on peut voir également de petites taches sphériques, punctiformes, isolées ou confluentes.

La face libre des amygdales est érodée par de nombreuses ulcérations, recouvertes d'une matière muco-purulente. Rien à noter sur la face postérieure du pharynx. Les ganglions sous-maxillaires postérieurs, sont légèrement tuméfiés. Au laryngoscope, on ne trouve qu'une rougeur plus vive de la partie postérieure de la corde vocale gauche.

Jusqu'au 22 avril, l'état général s'aggrave de plus en plus. Dans toute l'étendue de la moitié supérieure des deux poumons, matité, souffle, râles sous-crépitaux nombreux; râles sibilants dans les lobes inférieurs. Dyspnée croissante; abattement; fièvre continue avec exacerbation le soir, où la température oscille autour de 39°. L'état de la bouche reste sensiblement le même. Le malade succombe par asphyxie dans la nuit du 21 au 22 avril.

AUTOPSIE. Rien de particulier à noter pour les centres nerveux.

Le sommet du *poumon* gauche présente plusieurs masses caséuses du volume d'une noisette; autour de ces masses, sur une étendue de 4 millimètres environ, véritable couche de granulations grises, pressées les unes contre les autres. Quelques petites cavernes de même volume. Granulations grises disséminées dans le reste du poumon. Quelques granulations grises sur la paroi supérieure du feuillet viscéral de la plèvre gauche. Au sommet du poumon droit, cicatrice fibreuse rétractée, longue de 1 centimètre; quelques masses caséuses du volume d'une noisette, entourées également d'une couche de granulations grises; granulations grises disséminées dans le reste de l'organe; quelques adhérences pleurales; quelques ganglions bronchiques caséux.

Exulcération grisâtre et tomenteuse sur la face inférieure de la corde vocale gauche, vers son tiers postérieur.

Foie, pesant 1,700 grammes, en dégénérescence grasseuse. Pas de lésions cardiaques. Pas de traces apparentes de granulations grises sur les autres organes.

La muqueuse de la lèvre supérieure, de la face antérieure du voile du palais, de la luette et des amygdales, offre les caractères qui ont été décrits plus haut.

Examen microscopique.— Des fragments du voile du palais, de la luette et des amygdales ont été placés pendant 24 heures dans l'acide picrique, puis pendant un temps égal, successivement, dans une solution de gomme et dans l'alcool absolu. Cinquante coupes ont été faites, colorées par la teinture ammoniacale de carmin, puis montées avec la glycérine. Disons tout d'abord que sur les cinquante coupes, cinq seulement ont présenté des granulations tuberculeuses typiques.

Sur les coupes pratiquées transversalement sur le voile du palais, l'épithélium a disparu. La partie la plus superficielle du chorion, dans le tiers environ de son épaisseur, est uniquement constituée par des éléments embryonnaires, tassés les uns contre les autres, mélangés en proportions variables selon les points, d'éléments embryonnaires en régression granuleuse. Au-dessous de cette couche, les faisceaux conjonctifs du reste du chorion contiennent beaucoup plus de cellules qu'à l'état normal; les cellules sont aussi plus volumineuses, et sur un grand nombre d'elles, le noyau est segmenté. La paroi de presque tous les vaisseaux est entourée d'une couche de cellules embryonnaires qui a jusqu'à deux et trois fois la largeur du vaisseau; la plupart de ces cellules sont vivantes, à noyaux colorés par le carmin, mais entremêlées çà et là de cellules en régression granuleuse. Elles forment des amas de configuration variable; parfois elles sont disposées en petites masses plus ou moins sphériques, qui rappelleraient assez bien la granulation tuberculeuse, n'était l'absence de la superposition caractéristique des deux couches distinctes. Quelques-uns des plus petits vaisseaux sont oblitérés par une substance granuleuse, surtout vers la superficie du chorion.

Les mêmes amas de cellules embryonnaires s'observent autour des glandules; la plupart d'entre elles sont gorgées de cellules de prolifération, pour un certain nombre granuleuses, déformées. La lumière d'un certain nombre de glandules est libre, peut-être parce que le contenu a disparu pendant la préparation. Au-dessous du chorion, sur un quart environ de l'épaisseur du tissu sous-muqueux, le réticulum qui enveloppe les cellules adipeuses, supporte de nombreuses cellules conjonctives et par places, est considérablement épaissi.

Autour de quelques-uns des vaisseaux de cette portion du tissu sous-muqueux, on remarque les mêmes amas de cellules embryonnaires signalés plus haut.

La portion la plus profonde du tissu sous-muqueux est à peine modifiée par le travail irritatif. Sur les deux coupes qui montrent des granulations typiques, ces granulations sont situées dans la partie la plus profonde du chorion. Les fibrilles musculaires sous-jacentes ont conservé leur largeur, leur striation normales ; le sarcolemme est intact.

Les coupes pratiquées sur la luvette et la lèvre, indiquent des particularités analogues et ne méritent pas de description spéciale. Les granulations typiques observées, siègent dans la partie du tissu sous-muqueux immédiatement placée sous le chorion. Il est impossible d'en trouver nettement au milieu des amas d'éléments embryonnaires, d'aspect et d'étendue variable, qui infiltrent le chorion surtout autour des glandes et des vaisseaux.

Sur les coupes pratiquées sur les amygdales, les éléments embryonnaires, pour une partie dégénérés, bordent d'une couche épaisse les dépressions amygdaliennes, et infiltrent les glandes lymphoïdes. Les granulations typiques, rencontrées seulement sur une seule coupe, sont situées immédiatement au-dessous du chorion.

M. CADIAT. Il y a, en ce moment dans le service de M. Proust à l'hôpital Saint-Antoine, une femme tuberculeuse ayant une affection du pharynx analogue à celle dont il vient d'être question. Chez elle, la maladie a débuté par le voile du palais, de sorte qu'elle ne pouvait avaler les liquides ; il existait alors un œdème de la luvette très-caractérisé ; cet œdème de la luvette a diminué, mais persiste cependant encore, et l'on aperçoit de plus dans le fond du pharynx des ulcérations. Le début des accidents remonte à 2 mois. J'ajoute que chez cette femme la tuberculose pulmonaire est très peu avancée.

20. Tumeur de l'ovaire ; ovariectomie ; mort le lendemain de l'opération dans un état syncopal ; par M. ORY, interne des hôpitaux.

Une jeune fille de 24 ans toujours bien portante sauf depuis 17 mois, entre le 14 mars dans le service de M. TRÉLAT. Sans avoir jamais eu de maladie sérieuse, sans avoir remarqué jusqu'alors de douleurs abdominales ou de troubles menstruels, elle fut prise de métrorrhagies ; puis depuis quelques mois, mais surtout depuis quelques semaines, elle s'aperçut que son ventre augmentait rapidement de volume.

Au moment de l'entrée il est développé, comme au 9^e mois de la grossesse.

Le 5 *avril*, douleurs abdominales avec vomissements qui ne se répètent pas ; mais il reste de la sensibilité dans l'hypochondre droit. Le développement de l'abdomen fait des progrès journaliers.

Le 18 *avril*, l'ovariotomie est pratiquée ; à ce moment, la mensuration donne les chiffres suivants : circonférence au niveau de l'ombilic, 4^m.09. La demi-circonférence à droite mesure 56 cent. La distance des épines iliaques à l'ombilic est de 26 cent.

La malade étant sous l'influence du chloroforme, on pratique à la paroi abdominale une incision de 15 cent. (cette incision est pendant le cours de l'opération portée à 22 cent.). Une ponction permet d'évacuer 3 litres d'un liquide citrin ; mais d'autres poches kystiques sont remplies d'une substance gélatiniforme, poisseuse, dont l'extraction est très-laborieuse ; quelques adhérences sont facilement rompues ; les surfaces saignantes sont cautérisées avec le galvano-cautère. Il existe deux pédicules, l'un supérieur formé par l'épiploon, dont les vaisseaux sont très-développés ; l'autre par la trompe et le ligament de l'ovaire ; chacun d'eux est maintenu dans la plaie, dont les bords sont réunis profondément par des épingles, superficiellement par des fils métalliques.

Après l'opération qui a duré 3 heures et demie, la malade est mise dans un lit disposé dans la même chambre, isolée d'ailleurs des autres salles, et modérément chauffée. La perte de sang avait été très-minime ; néanmoins la malade reste dans un état de faiblesse extrême, avec une pâleur très-marquée, et le lendemain matin, malgré l'administration de vins excitants, et sans avoir présenté de phénomènes spéciaux, elle meurt dans une syncope.

AUTOPSIE. — Quelques anses intestinales sont fortement colorées par des arborisations vasculaires ; deux d'entre elles, au niveau des points cautérisés, présentent quelques adhérences pâteuses avec la paroi abdominale ; il n'existe dans la cavité péritonéale ni liquide d'aucune sorte ni caillots sanguins. L'estomac est distendu par des liquides.

Le foie est congestionné mais peu volumineux ; les reins sont normaux. Poumons sains, mais exsangues. L'utérus et l'ovaire droit sont sains. Le grand épiploon a été enlevé en grande partie.

La tumeur enlevée pèse 6,550 gr. (mais il faut se rappeler qu'on a enlevé 3 litres de liquide, et une quantité difficilement appréciable d'une substance visqueuse). Elle est constituée par une quantité considérable de petites loges séparées les

unes des autres par des membranes d'apparence fibreuse. Ces loges de dimensions très-variables, sont remplies d'une substance jaunâtre gélatiniforme, visqueuse, difficile à détacher.

M. CADIAT. Il y a peu de temps, M. Th. Anger a enlevé une tumeur développée dans le ligament large, et coiffée pour ainsi dire par le péritoine ; il a incisé cette couche et a réussi à énucléer la tumeur, dont l'extraction a été ainsi rendue assez facile. L'énucléation était-elle possible dans le fait de M. Ory ?

M. ORY. La pièce que j'ai présentée diffère à quelques égards de la tumeur enlevée par M. Anger. Celle-ci était constituée par un kyste dermoïde et se trouvait en quelque sorte isolée dans le ligament large. Ici, au contraire, l'enveloppe adhère intimement avec la tumeur, sauf dans une petite étendue, de sorte que la séparation n'aurait pu être faite complètement.

M. TRÉLAT. La disposition que vient de rappeler M. Cadiat est très-rare. Dans le cas particulier qui nous occupe, il n'existait rien de semblable et l'on ne pouvait songer à tenter l'énucléation de la tumeur ; mais en raison de son volume véritablement considérable, l'opération a été très-laborieuse. Nous avons dû enlever avec la main, par petits fragments, la substance qui remplissait la poche, substance qui se présentait sous l'apparence tantôt d'une matière hyaline, assez ferme, presque sarcomateuse, tantôt d'un liquide épais ; et c'est seulement après avoir, au prix d'efforts inouïs, évacué une partie de cette substance, que nous avons réussi à terminer l'opération, que je ne puis mieux comparer qu'à l'accouchement d'un fœtus monstrueux.

Nous avons, dans le cours de l'opération, noté plusieurs circonstances intéressantes. La trompe était volumineuse et largement étalée sur la tumeur, de sorte que nous l'avons prise au premier abord pour une anse intestinale ; c'est seulement lorsque la masse eut été amenée au dehors que l'on put reconnaître que nous avions affaire à la trompe. Nous avons pensé que la tumeur s'était développée dans le ligament large du côté droit, mais l'opération nous montra que son point de départ était à gauche.

Il n'y avait pas d'adhérences avec les organes contenus dans la cavité de l'abdomen, ni avec les parois, sauf dans le flanc droit, où l'on trouvait quelques brides peu résistantes. Seul, l'épiploon adhérait à la masse sur une assez vaste surface et

formait ainsi un large pédicule, contenant de gros vaisseaux.

La rupture de ces adhérences, grâce à l'emploi du galvanocautère n'a donné lieu à aucune hémorrhagie. En réalité, la femme n'a pas perdu de sang pendant l'opération. Il n'est pas d'amputation de doigt ou de poignet dans laquelle l'hémorrhagie soit moindre. La malade paraissait exsangue, mais il ne faut pas oublier qu'elle avait, pendant trois heures, été soumise au chloroforme et qu'elle avait subi les fatigues d'une opération, à la fin de laquelle le chirurgien et ses aides étaient réellement anéantis. En somme, l'opération n'avait été entravée par aucun accident, et la seule difficulté résultait du volume excessif de la tumeur et de l'impossibilité ou l'on s'était trouvé de la réduire suffisamment.

La conclusion que personnellement, je tire de ce fait, c'est que la grande préoccupation du chirurgien, en face d'une tumeur ovarienne, doit être de faire un *diagnostic précoce* et d'appliquer aussi un *traitement précoce*. Cette tumeur avait acquis, en moins de 12 mois, le volume énorme qu'elle présentait; en tout cas, elle n'avait commencé à devenir appréciable qu'il y a 7 mois. On peut donc dire que son développement avait été très-rapide.

La malade était restée 5 ou 6 semaines dans le service, où l'on a pu constater ce fait. Si l'opération, qui s'est trouvée retardée par diverses circonstances, avait été pratiquée deux mois plus tôt, la tumeur aurait eu certainement 7 ou 8 centimètres de moins en tous sens; si on l'avait pratiquée dès le moment où le diagnostic devenait possible, on aurait eu à enlever une tumeur peu volumineuse, sans adhérences, et le résultat aurait certainement été beaucoup meilleur.

M. HOUEL. Au lieu de sectionner l'épiploon, n'aurait-il pas été préférable de le détacher au niveau de ses insertions sur la tumeur? C'est toujours une condition défavorable de couper de gros vaisseaux artériels et veineux; dans deux circonstances, j'ai réussi à éviter cette section, en décollant l'épiploon avec la main.

M. TRÉLAT. J'ai pensé, en effet, à détacher l'épiploon de cette façon, mais les vaisseaux étaient trop volumineux, et l'insertion avait lieu sur une étendue trop considérable pour que le résultat fût avantageux. De plus, par suite du volume de la tumeur, l'épiploon s'était trouvé attiré et formait un énorme pédicule; de sorte qu'après en avoir réséqué une bonne partie, il en restait encore dans l'abdomen une masse

trop considérable. Le pédicule épiploïque fut après l'opération maintenu dans la plaie, serré par un fil de fer, de façon que sa surface de section fût absolument en dehors de la cavité abdominale.

Nous avons dû, pour amener la tumeur au dehors, faire des efforts de traction assez énergiques, mais ces efforts n'avaient rien que de très-ordinaire en pareil cas, et quelques personnes, familiarisées avec ces faits et qui assistaient à l'opération, nous ont dit que très-souvent on exerçait des tractions bien plus considérables.

1. Histologie des tumeurs de l'ovaire, par M. L. MALASSEZ.

M. MALASSEZ. Du kyste de l'ovaire opéré par M. Trélat et présenté par M. Ory, j'ai eu à examiner deux portions : l'une était constituée par un amas de petits kystes (les plus gros n'ayant pas le volume d'un œuf de pigeon), kystes pressés les uns contre les autres, à parois minces et transparentes, à contenu gélatiniforme ou colloïde ; ces petits kystes formaient, comme vous l'avez vu, la majeure partie de la tumeur. L'autre portion était plus riche en parties solides, les kystes étaient comme creusés dans ces parties solides, leur contenu était du reste formé par cette même matière gélatiniforme ; cette portion paraît venir du pédicule ou tout au moins du voisinage du pédicule.

J'exposerai tout d'abord les détails de structure que m'a donnés l'examen histologique de ces deux portions ; puis partant de là et m'appuyant sur l'étude d'autres kystes (1) semblables à celui-ci, je chercherai à expliquer l'origine et le développement de cette tumeur ; je terminerai enfin en discutant la dénomination histologique qui doit lui être appliquée et en indiquant la place qu'elle occupe au milieu des nombreuses variétés de kystes que peut présenter l'ovaire.

Chemin faisant, j'aurai l'occasion de faire allusion aux différents travaux publiés sur ce sujet et en particulier à celui de Wilson Fox (2) et au plus récent de Waldeyer (3) dont je viens

(1) Ces kystes provenaient de la pratique de M. Péan et nous avaient été apportés par son interne M. Urdy (1870-71).

(2) *Wilson Fox*. On the origin, structure and mode of development of the cystic tumours of the ovary. (med. chir. Transact. t. XLVII; Analysé dans le Journal de Robin, 1865).

(3) *Waldeyer*. Die epithelialen Eierstockgeschwülste, insbesondere die Cystome (Arch. für Gynækologie t. I, 1870).

de prendre connaissance grâce à la bienveillance de MM. les Ds. Debove et Weber.

I. STRUCTURE. Il y a lieu d'étudier à part la structure : 1° des parois ou parties solides ; 2° du revêtement épithélial des cavités kystiques ; 3° du contenu de ces kystes.

1° *Parois*. Les parois ont été examinées, après avoir été durcies dans l'alcool, sur des coupes colorées au picrocarmine, puis montées dans un mélange d'eau et de glycérine en parties également teintées avec du picrocarmine.

Les parois des kystes minces sont constituées par des faisceaux de fibrilles conjonctives peu ondulés, s'entrecroisant en divers sens dans des plans en général parallèles aux surfaces kystiques ; puis entre ces faisceaux, des noyaux de cellules conjonctives peu abondants ; des vaisseaux, pas de fibres élastiques ; ce tissu appartient donc au groupe conjonctif, (forme fibreuse.) Dans les parties les plus superficielles c'est-à-dire dans celles qui sont immédiatement sous-jacentes à la couche épithéliale, les faisceaux conjonctifs sont plus rigides, plus parallèles entre eux, plus pressés les uns contre les autres ; les noyaux des cellules n'apparaissent plus que sous la forme de petites lignes situées entre les faisceaux et dans le même sens qu'eux ; le tissu prend là les caractères du tissu cornéen ou des tissus conjonctifs engainants en général. Cette disposition donne à cette couche sous-épithéliale l'apparence d'une membrane propre ; elle nous explique pourquoi il est possible de séparer mécaniquement un grand nombre de kystes voisins sans les ouvrir. Chaque kyste en effet reste avec sa membrane propre, la déchirure se faisant dans le tissu cellulaire intermédiaire, lequel est moins résistant.

Dans l'épaisseur de quelques-unes de ces minces parois, on peut rencontrer de petits kystes microscopiques, tout à fait semblables aux kystes macroscopiques. Ils ne communiquent pas avec les cavités voisines et ne paraissent pas avoir jamais communiqué avec eux ; ce qui nous montre, soit dit en passant, qu'on ne peut les considérer comme des diverticula des grandes cavités, diverticula qui se seraient ensuite isolés.

Les parties solides de la base de la tumeur sont également formées de tissu fibreux ; mais là, les faisceaux s'entrecroisent dans toutes les directions par rapport aux parois kystiques. Au voisinage des cavités kystiques, ces faisceaux se condensent et forment ainsi autour d'elles une espèce de derme plus ou moins épais.

En quelques points de ce tissu fibreux on trouve de petits nids de tissu embryonnaire. Sur certaines tumeurs de même nature que celle-ci, mais à parois bourgeonnantes et végétantes, ces parties sarcomateuses sont très-abondantes ; ce sont

elles qui constituent en majeure partie, sinon en totalité, les bourgeons et les végétations des parois. En d'autres points il existe des masses arrondies, plus ou moins considérables de tissu muqueux, qu'à l'œil nu on pourrait prendre pour des kystes dont le contenu se serait concentré. Faut-il rapprocher ces masses muqueuses de celles qu'on rencontre parfois dans l'ovaire et dans les fibro-myomes; ou bien, ainsi que nous aurons l'occasion de le supposer plus loin, doit-on les considérer comme des kystes comblés par du tissu muqueux?

C'est dans ces parties solides de la base de la tumeur ainsi que dans les parois les plus épaisses des kystes que se rencontrent les vaisseaux les plus volumineux. Les artères sont remarquables par le développement considérable de leur musculature; et on peut en induire que la circulation de ces kystes doit être soumise à des variations brusques et considérables. Sur des kystes envoyés en entier par M. Péan et que nous avons injectés, M. Ranvier et moi, nous avons pu suivre le trajet de ces artères; beaucoup d'entre elles sont hélicoïdes, ondulées, filent entre les parois des kystes minces, y pénètrent en un certain point, et de là vont en se ramifiant former dans la couche sous-épithéliale un réseau capillaire très-riche. Les veines sont parfois très-volumineuses; leurs parois, souvent adhérentes à des tissus voisins résistants, les font ressembler à des sinus.

Il est à remarquer que dans ce kyste les parois ne présentent pas de ces bourgeonnements et de ces végétations qui, dans d'autres kystes de l'ovaire, sont parfois si développés; on y voit simplement des saillies dues aux kystes voisins. On n'y voit pas non plus de ces prolongements en culs-de-sac si abondants dans d'autres; on constate seulement des communications entre kystes voisins; les parois de ces kystes voisins semblent avoir été perforées là comme à l'emporte-pièce et elles ont la forme de diaphragmes à ouvertures plus ou moins grandes; ces ouvertures paraissent siéger au point le plus éloigné du point d'arrivée des vaisseaux nourriciers, là où les capillaires sont des plus fins; la structure des parois n'est du reste pas modifiée au niveau de ces orifices; elles sont toujours de nature purement fibreuse: il semble qu'il se soit fait là une résorption de tissus. Ces différents faits: absence de végétations et de dépressions, communications de kystes par l'intermédiaire de diaphragmes fibreux, me serviront à montrer que dans cette tumeur les kystes primitifs ne donnent pas lieu à des kystes secondaires, mais qu'au contraire les kystes isolés peuvent s'ouvrir les uns dans les autres et se confondre en cavités uniques.

2° *Revêtement épithélial.* Le revêtement épithélial a été étudié

1° Sur des coupes de parois de kystes ; 2° à l'état frais, en raclant la surface intérieure des kystes et en dissociant les parties ainsi obtenues dans du picrocarminate étendu ; 3° en imprégnant ces mêmes surfaces par le nitrate d'argent à 1/300.

Sur des coupes fines et bien perpendiculaires à la surface de la paroi, le revêtement épithélial apparaît sous la forme d'une couche unique de cellules qui, vues ainsi (de profil par conséquent), ressemblent à une série d'U majuscules serrés les uns à côté des autres : le haut de ces lettres, le côté ouvert, étant dirigé du côté de la cavité, le bas étant en rapport avec les parois ; les branches de ces lettres étant minces et comme confondues, le bas étant plus épais et contenant un croissant à concavité supérieure qui n'est autre que le noyau de ces cellules. Leur intérieur est rempli d'une matière transparente un peu granuleuse ; cette matière paraît semblable à celle que nous verrons remplir la cavité du kyste, et elle se continue avec elle sans ligne de démarcation : fait important, sur lequel nous nous appuierons plus tard lorsque nous rechercherons l'origine du contenu des kystes.

Le revêtement épithélial peut être vu de face et en place sur des parois de kystes très-minces ; ou mieux encore sur des lambeaux détachés des parois. Vu par son côté libre lorsqu'on met bien au point l'extrémité supérieure des cellules, il apparaît sous la forme d'un reticulum saillant à mailles polygonales. Vu au contraire par le côté opposé, par le côté adhérent, il se présente sous la forme d'un carrelage polygonal à angles émoussés ; chaque carreau paraît légèrement convexe, et présente dans son intérieur, au centre ou sur l'un des côtés, un noyau qui paraît alors rond ou ovoïde.

Les préparations par dissociation nous montrent enfin des cellules isolées qui se présentent habituellement de profil. Elles ont la forme de cylindres ou de prismes à base polyédrique mesurant de 20 à 30 c. de hauteur sur 10 à 20 de largeur ; elles sont creuses et sont ouvertes par l'une de leurs extrémités ; leurs parois latérales sont minces, l'extrémité fermée est plus épaisse ; elle ne paraît plus simplement convexe comme précédemment, elle présente un petit prolongement conique, recourbé presque à angle droit et que pour cela nous n'avions pas distingué sur les préparations d'ensemble ; enfin dans cette même extrémité se voit le noyau, ordinairement en forme de cupule.

En résumé, ces différents examens nous montrent que le revêtement épithélial des kystes est constitué par une seule couche de cellules tout à fait semblables aux cellules caliciformes, que l'on rencontre sur certaines muqueuses normales, sur l'intestin entre autres.

Ces cellules caliciformes ne sont pas les seules qu'on puisse rencontrer à la face intérieure des kystes ; en certains points elles sont remplacées par d'autres cellules ne formant plus un revêtement régulier à une seule couche, mais des amas irréguliers plus ou moins épais. Ces cellules sont en général sphériques, leur volume est très-variable ; les plus petites ne mesurent pas plus de 10 à 15 μ de diamètre ; d'autres dépassent 40 μ . Les plus petites n'ont ordinairement qu'un seul noyau, sur les plus grosses on en compte jusqu'à cinq ou six. Beaucoup d'entre elles présentent dans leur intérieur entre le noyau et la périphérie des espaces plus clairs, le plus souvent de forme sphérique, qui paraissent correspondre à des cavités creusées dans ces cellules ; sur certaines on observe manifestement une ouverture extérieure ; ces cavités sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins développées : il est des cellules qui en sont tellement remplies, qu'elles ne semblent plus être qu'un amas irrégulier de boursouflures ; Le noyau comme comprimé par les cavités est toujours plus ou moins déformé.

Ces cellules au premier abord ne paraissent avoir aucun rapport avec les cellules caliciformes ; et il en est bien ainsi si on compare d'une part les cellules caliciformes les plus typiques, et d'autre part les cellules sphériques sans cavités, lesquelles ne diffèrent pas d'aspect des cellules embryonnaires normales et des plaques à noyaux multiples. Mais on peut trouver des formes intermédiaires établissant un passage insensible entre les deux extrêmes ; quelle différence par exemple, établir entre une de ces cellules sphériques ne présentant qu'une seule cavité s'ouvrant à l'intérieur, et une cellule caliciforme un peu plus trapue, un peu moins ouverte que les autres ? Sur deux autres tumeurs semblables à celles-ci, mais sur lesquelles il était possible de suivre les premiers développements des kystes, j'ai constaté que les plus petites cavités étaient uniquement tapissées par des cellules sphériques, tandis que dans les plus grandes l'épithélium caliciforme apparaissait et finissait par remplacer l'épithélium sphérique. Il y a donc lieu de se demander si ces deux types morphologiques de cellules ne sont pas des cellules de même espèce à des degrés divers de développement : les cellules sphériques ne seraient alors que des cellules caliciformes n'ayant pas atteint le développement le plus élevé qu'il leur soit possible d'atteindre ; ou bien si étant d'espèces différentes, elles ne sont pas en voie de se transformer de l'une dans l'autre, en passant par une série de types intermédiaires et instables analogue à ceux qu'on suppose dans la théorie Darwinienne avoir existé entre nos espèces actuelles d'êtres vivants ; les

•

cellules sphériques à cavité, seraient alors ces types intermédiaires et instables; nous verrons plus loin que ces cellules paraissent moins aptes que les cellules caliciformes à remplir le rôle qui dans ces kystes est dévolu au revêtement épithélial.

Quand on imprègne d'argent la face interne d'un des kystes vidé de son contenu, on obtient un dessin de pavé épithélial représentant l'extrémité libre des cellules caliciformes; mais si après cette imprégnation, on chasse mécaniquement cette couche épithéliale et qu'on imprègne à nouveau la paroi kystique (procédé Debove), on obtient alors un dessin de pavé endothélial. Ce pavé n'est pas continu partout; en certains points les cellules qui le composent sont un peu distantes les unes des autres et laissent entre elles de petits espaces noirs, en général peu étendus; elles envoient parfois des prolongements irréguliers dans ces espaces. Selon les préparations, les points où cette continuité s'observe, sont plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus. Sur un autre kyste, opéré par M. Péan, le pavé endothélial était presque partout non continu. L'endothélium sous-épithélial de ces kystes diffère donc de celui que M. Debove (1) a découvert sur certaines muqueuses normales, en ce que le revêtement qu'il forme, n'est pas partout et toujours continu.

J'ai par comparaison imprégné la surface tout artificielle que l'on obtient en séparant l'un de l'autre deux kystes voisins. Or, j'ai obtenu ainsi un dessin de figures blanches irrégulières, se détachant sur un fond noir, révélant par conséquent l'existence de cellules plates, dessin tout à fait semblable à celui qu'aurait donné par le même procédé, un tissu fibreux normal; il différerait donc de ceux des préparations précédentes où nous avions au contraire un fond blanc sur lequel se détachaient des lignes et des figures noires, en ce que les cellules plates ou endothéliales étaient séparées les unes des autres par des espaces beaucoup plus considérables. Les cellules endothéliales qui tapissent les faisceaux conjonctifs, là où le tissu fibreux est en rapport avec la couche épithéliale, sont donc plus abondantes que celles qui se trouvent sur les faisceaux de l'épaisseur même des parois fibreuses; elles forment là un revêtement, se rapprochant du revêtement endothélial de Debove.

L'existence d'une couche endothéliale sous-épithéliale, plus ou moins complète, n'est pas un fait isolé, spécial à cette tu-

(1). Debove. — *Sur la couche endothéliale sous-épithéliale des membranes muqueuses* (Comptes-rendus de l'Académie des sciences, décembre 1872, et *Archives de physiologie*, 1874, p. 19).

meur ou à celles de même siège et de même nature; j'ai pu le constater dans un épithélioma cylindrique du maxillaire, dans un épithélioma pavimenteux tubulé de la peau; je l'ai isolée dans un cas de lymphadénome à grosses cellules, enfin elle a été souvent remarquée sur des carcinomes; c'est donc là une disposition anatomique qui semble devoir se retrouver dans toutes les productions pathologiques, comme dans tous les tissus normaux, partout où le tissu conjonctif se trouve en rapport avec des formations épithéliales.

Ces faits viennent confirmer, s'il en était besoin, les beaux travaux de M. Ranvier sur le tissu conjonctif et montrer qu'à l'état pathologique comme à l'état normal il existe toujours dans ce tissu des cellules endothéliales tapissant la substance conjonctive; là, elles forment un tout continu (cavités sanguines, lymphatiques, séreuses, surfaces sous-épithéliales), ici elles présentent entre elles des intervalles, le revêtement n'est plus continu (tissu conjonctif engainant, certaines surfaces sous-épithéliales); ailleurs enfin elles sont encore plus rares, plus disséminées (tissu cellulaire lâche); mais en somme, partout et toujours ce ne sont que des variations d'un même thème histologique.

Les imprégnations d'argent de la surface intérieure du kyste, d'après le procédé de Dabové, ont encore l'avantage de mettre en relief le réseau capillaire superficiel des parois; en effet, l'endothélium vasculaire tranche par ses formes allongées et la plus grande finesse de ses lignes, sur l'endothélium sous-épithélial. Ce réseau est remarquable par sa richesse, c'est-à-dire par le grand nombre et par le grand volume des vaisseaux qui le composent. Il est recouvert en quelques points par l'endothélium sous-épithélial, mais le plus généralement il est à nu, c'est-à-dire en rapport direct et immédiat avec les cellules de la couche épithéliale; il est donc tout à fait superficiel. Cette superficialité et cette richesse nous donnent une idée de l'activité fonctionnelle que doit présenter cette couche épithéliale; elles nous font concevoir comment, sous l'influence d'une congestion vasculaire trop considérable, d'une exsudation séreuse consécutive trop abondante, cette couche épithéliale pourra être soulevée, détachée des parois; elles nous expliquent enfin la fréquence des hémorragies dans certaines tumeurs kystiques, le sang des capillaires n'étant séparé de ces cavités que par la mince couche endothéliale des capillaires et la couche épithéliale si peu adhérente.

3° *Contenu.* Le contenu a été étudié à l'état frais et sur des coupes après durcissement dans l'alcool. L'alcool, en effet, durcit et rétracte cette substance gélatiniforme ou collode et de transparente qu'elle était la rend d'un blanc mat; mais

placée ensuite dans l'eau, elle se gonfle et reprend sa transparence. Vue au microscope, elle paraît finement granuleuse et on y distingue dès striés et des cellules.

Les stries sont parallèles entre elles et disposées en faisceaux ou en bandes plus ou moins larges. Ces faisceaux sont le plus ordinairement parallèles à la surface des kystes ; quelques-uns sont perpendiculaires, on dirait qu'ils émergent de la paroi, ils se recourbent ensuite pour se continuer avec les faisceaux parallèles aux parois. Ces stries ne correspondent pas à des fibres, comme on peut s'en assurer sur des coupes qui ont été fragmentées ; elles paraissent dues à des différences dans les proportions des fines granulations et aussi à des différences dans la densité et la réfringence de cette masse non organisée ; on obtient du reste des effets semblables quand on fait des coupes de lames de gélatine, qui ont été ramollies dans l'eau, repliées sur elles-mêmes et remises ainsi dans l'alcool.

Les cellules sont en plus ou moins grande quantité selon les kystes ; en plus grand nombre dans ceux dont le contenu est un peu opalin, au lieu d'être tout-à-fait transparent. Les unes sont disséminées irrégulièrement, les autres sont rangées en séries linéaires ou en masses allongées, placées dans la même direction que les stries de la masse gélatiniforme qui les entoure ; elles sont de différentes espèces : les unes ne diffèrent en rien ou de très-peu des cellules caliciformes des parois, elles se trouvent le plus souvent en séries linéaires comme si elles provenaient des parois desquamées ; les autres, et c'est le plus grand nombre, ressemblent aux cellules sphériques que nous avons déjà constatées sur les parois, on y trouve tous les types dont nous avons parlé ; les plus petites, les moins vésiculeuses, sont ordinairement groupées en masses allongées, souvent en continuité avec les amas qui se trouvent sur les parois, tandis que les plus grosses et les plus vésiculeuses sont presque toujours isolées ; quelques unes d'entre elles sont entourées d'une zone plus transparente de substance gélatiniforme, comme si cette cellule avait pu sécréter, quoique n'étant pas en rapport avec des vaisseaux. Enfin dans certains kystes, au voisinage des parois on rencontre des cellules ordinairement à un seul noyau, peu ou pas vésiculeuses, et qui ont des prolongements. Rares et courts sur certaines cellules, lesquelles ne diffèrent alors que de très-peu des cellules sphériques précédemment décrites, ces prolongements sont au contraire sur d'autres, multiples, longs et ramifiés, paraissant s'anastomoser avec ceux des cellules voisines ; il en résulte pour ces régions une apparence de tissu muqueux ; mais en aucun point je n'ai trouvé

de tissu muqueux complet. M. J. Renaut (1) a constaté une disposition semblable dans une tumeur kystique du col de l'utérus qu'il a regardé comme étant des œufs de Naboth et il a vu là un développement de tissu muqueux ; d'autre part M. Slavjanski (1) a observé un développement du tissu muqueux complet dans les follicules de De Graaf en voie de régression, et l'on peut se demander si dans notre tumeur, nous n'assistons pas au début de phénomènes semblables et si les masses muqueuses que nous avons trouvées dans le tissu fibreux de la base de la tumeur, ne sont pas des kystes complètement transformés. Mais il faudrait, pour rendre cette hypothèse tout-à-fait vraisemblable, avoir observé des formes intermédiaires entre ce tissu muqueux parfait et ce qui nous paraît être une ébauche du tissu muqueux.

Outre les cellules précédemment décrites, on rencontre encore des masses irrégulières et granuleuses, et des granulations graisseuses et qui ne sont autres que des débris de cellules dégénérées. En effet, ces granulations sont disposées dans la masse gélatiniforme de la même façon que les cellules, et on peut retrouver une série de formes intermédiaires entre ces granulations et ces cellules.

Dans l'intérieur des plus petits kystes de cette tumeur, je n'ai rien trouvé qui ressemblât de près ou de loin à un ovule. Je n'ai pas été plus heureux dans des tumeurs de même nature et où se voyaient un grand nombre de petits kystes ne dépassant pas les dimensions d'un follicule de de Graaf. Waldeyer (1) comme bien d'autres du reste, n'a pas eu plus de succès ; Rindfleisch (2) dit d'en avoir vu qu'une seule fois et Rokitsansky n'en a observé que dans une tumeur de nature évidemment différente de celle-ci et qu'il a qualifiée d'hydropisie des follicules de de Graaf. Ces résultats négatifs montrent que les plus petits kystes ne peuvent être regardés comme n'étant que des follicules de de Graaf.

Je n'ai pas fait l'analyse chimique du contenu de ces kystes ;

(1). J. Renaut. — *Note sur le développement du tissu muqueux dans le contenu des œufs de Naboth* (Soc. biol. 14 février 1874, et *Progrès Médical*, 21 février 1874).

(2). Slavjanski. — *Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'ovaire* (Archives de Physiologie, 1874, p. 224 et suivantes).

(3) Waldeyer (*Loc. cit.*)

(4) Rindfleisch. — (*Traité d'histologie pathologique*, trad. fr. p. 531) c'était dans un kyste de la grosseur d'une cerise environ, provenant de l'ovaire gauche d'une femme morte à la suite de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire droit et chez laquelle on constata à l'autopsie le commencement d'une affection analogue de l'ovaire gauche.

(5). Rokitsansky. — (Cité par Rindfleisch. *Loc. cit.*, p. 528).

elle aurait très-probablement donné les mêmes résultats que celles qui ont été faites dans des cas semblables en Allemagne, par M. Eichwald (1), en France, par M. Méhu (2). Ce contenu est remarquable par sa richesse en matières albumineuses. M. Méhu y a constaté outre l'albumine ordinaire, de la méalbumine et de la paralbumine ; c'est cette dernière substance qui donnerait aux liquides kystiques leur consistance gélatineuse. M. Eichwald y a trouvé encore de la peptone albumineuse, de la mucine et de la peptone muqueuse ; il admet que ces substances ne sont que des produits de transformation, les unes de l'albumine du sang qui aurait transsudé, les autres de la matière colloïde, fabriquée par les éléments des parois kystiques ; il dit que la paralbumine se retrouve dans tous les kystes où coexistent de l'albumine et du mucus, elle existerait également dans le contenu des follicules de De Graaf.

II. ORIGINE. La recherche du mode d'origine des kystes ovariens comprend deux questions qu'il est bon d'étudier à part : l'origine des parties solides du contenant, l'origine des parties liquides du contenu. Commençons par le plus facile.

1° *Origine du contenu.* La ressemblance qui existe entre le contenu des kystes et celui des cellules caliciformes ou autres, la continuité de substance qui existe entre les deux contenus nous portent à penser qu'ils sont de même nature et dérivent l'un de l'autre. Or, le contenu des cellules étant évidemment fabriqué par les cellules, on est conduit à admettre que le contenu du kyste résulte de l'accumulation de tous ces produits de fabrication cellulaire. Cette manière de voir est, du reste, confirmée par les recherches chimiques que j'ai citées plus haut.

Les cellules caliciformes et les autres cellules cavitaires semblent se comporter différemment dans cette fabrication muqueuse. Chez ces dernières, la formation muqueuse se fait sans régularité comme sans mesure : elle envahit le protoplasma çà et là, puis finit par le détruire plus ou moins complètement, d'où mort de la cellule ; c'est, en un mot, un mode de dégénération. Chez les autres, au contraire, cette formation se fait en un seul point, respectant les autres parties de la cellule et d'une façon telle que les cellules continuent à vivre, la formation muqueuse devient pour elles une véritable fonction, une sécré-

(1). Eichwald. — Cité par Waldeyer (*Loc. cit.*) et par Rindfleisch. *Traité d'histologie pathologique*, trad. fr. p. 529.

(2). Méhu. — *Archives générales de médecine*, 1869, p. 524, et *Chimie médicale*, p. 164.

tion ; aussi peut-on les considérer, ainsi que les cellules caliciformes de l'intestin, comme de véritables glandes unicellulaires. Les cellules caliciformes sont non-seulement plus aptes à la fabrication muqueuse, elles sont encore en bien plus grand nombre que les autres cellules cavitaires ; ce qui nous conduit à supposer très-vraisemblablement que ce sont elles qui ont joué le rôle le plus important dans la formation du contenu des kystes.

Il faut également tenir compte de l'exsudation vasculaire : le réseau capillaire est, en effet, si riche et si superficiel, qu'il est très-probable qu'en certains moments (sinon toujours) sous l'influence de congestions, par exemple, il exsude une quantité de liquide trop considérable et en temps trop court pour pouvoir être transformé par les cellules mucipares, une partie du liquide exsudé passerait alors directement dans le kyste. Les analyses chimiques, montrant dans le contenu kystique l'existence d'une albumine semblable à celle du sang, viennent confirmer cette hypothèse.

Les stries parallèles que nous avons signalées dans le contenu du kyste résultent très-probablement de modifications dans le régime des formations muqueuses et des exsudations séreuses, modifications qui sont très-probablement liées à des changements dans la circulation du kyste et que la riche musculature des artères rend si vraisemblable.

Quant aux cellules qui se voient dans l'intérieur des kystes, la ressemblance avec celles des parois fait naturellement supposer qu'elles proviennent de ces parois. Les cellules caliciformes qui forment des nappes ordinairement parallèles aux parois ont probablement été desquamées. Les cellules sphériques, qui forment des amas allongés, ainsi que celles qui sont disséminées, semblent résulter plutôt de proliférations des cellules des parois. Il est très-possible qu'il y ait parmi ces dernières des cellules migratrices, telles sont peut-être les cellules à prolongements. Enfin, il est bien évident que les globules rouges plus ou moins altérés qui se peuvent rencontrer encore dans le contenu des kystes proviennent des vaisseaux, soit par diapédèse, soit par hémorrhagie ; et que les amas granuleux et les granulations graisseuses ne sont que des débris des divers éléments anatomiques que je viens de passer en revue.

2^e *Contenant*. L'origine du contenant est difficile à déterminer exactement sur cette tumeur, comme, du reste, sur la plupart des tumeurs de cette nature ; si j'en parle, c'est plutôt pour montrer que la théorie la plus généralement acceptée est la moins vraisemblable.

On suppose dans cette théorie que les kystes de l'ovaire

proviennent des vésicules de De Graaf dilatées, plus ou moins transformées. Dans le cas actuel, il serait possible qu'un certain nombre de cavités kystiques eussent une pareille origine, on ne peut pas plus le nier que le prouver; mais cette hypothèse est difficile à admettre pour les plus petits kystes, pour ceux qui ont encore les dimensions des vésicules de De Graaf et auraient dû naturellement contenir des ovules. Elle devient plus inadmissible encore dans ces tumeurs de même nature que celle-ci, mais où l'on voit de petits kystes apparaître et se développer dans des végétations de parois, dans des tissus évidemment de nouvelle formation, où par conséquent on ne peut supposer l'existence d'une vésicule de De Graaf. Enfin cette théorie devient tout à fait impossible pour ces kystes toujours de même nature que celui-ci, qui se développent en dehors de l'ovaire; car il faudrait supposer qu'il peut exister des vésicules de De Graaf en dehors de l'ovaire. Ainsi donc, voilà une théorie possible dans certains faits, prouvée dans aucun, presque absurde dans beaucoup d'autres.

La théorie d'une formation nouvelle a, comme la précédente, l'inconvénient de ne pouvoir être prouvée dans tous les cas, mais elle a l'immense avantage de n'être en contradiction avec aucun et surtout d'être démontrée dans quelques-uns. Un certain nombre d'auteurs ont observé de ces faits; j'ai eu la bonne fortune d'en rencontrer deux; j'ai entretenu la Société de Biologie (1) de l'un d'eux. Il s'agissait de bourgeons de nouvelle formation, développés sur la paroi d'un kyste de l'ovaire et qui étaient parsemés de petits kystes parfaitement isolés les uns des autres, de différentes formes et de différents volumes et à des degrés divers de développement. Les plus petits d'entre eux n'étaient guère visibles qu'au microscope; les plus simples étaient uniquement constitués par un amas de grosses cellules à un ou plusieurs noyaux, parfaitement distinctes de celles du tissu ambiant; ce n'étaient pas encore, à proprement parler, des kystes. D'autres, plus complexes, présentaient à leur centre, au milieu des cellules, une petite cavité remplie d'une substance transparente, c'étaient déjà de véritables kystes; quant aux autres plus gros, ils pouvaient être considérés comme de petits kystes primitifs plus ou moins hypertrophiés, plus ou moins modifiés; c'est ainsi que sur certains d'entre eux, une partie des grosses cellules sphériques était remplacée par des cellules cylindriques. Sur notre kyste actuel, je n'ai pu constater un pareil développement (peut-être pour ne l'avoir pas recherché avec assez de constance), je crois cependant que la théorie d'une formation nouvelle est la plus vrai-

(1) Séance du 4 mai 1872.

semblable parce qu'elle rend compte, ce que ne ferait pas l'autre, de ces petits kystes que nous avons constatés dans les parois, petits kystes qui, comme je l'ai remarquer, ne contiennent pas d'ovules, ne communiquent pas et ne paraissent avoir jamais communiqué avec les kystes voisins.

Wirchow, Fox, Waldeyer ensuite, et d'autres encore, comparent cette formation nouvelle de kystes aux premiers développements des follicules de De Graaf, tels que les a décrits Pflüger. Cet aperçu est très-séduisant en ce qu'il rapproche ces phénomènes pathologiques d'un phénomène normal; mais compris de cette façon, exprimé dans ces termes, il ne semble pas exact, ou tout au moins, suffisamment compréhensif. Car avec cette manière de voir, comment expliquer la formation de kystes semblables à ceux dont nous nous occupons et qui ne siègent pas dans l'ovaire? Aussi je pense que cet aperçu doit être formulé d'une façon plus générale; et, qu'au lieu de rapprocher les formations des kystes de l'ovaire de celles des vésicules de De Graaf, on doit rapprocher les formations épithéliales pathologiques en général (les kystes de l'ovaire en font partie), des formations épithéliales, normales en général (glandes, vésicules de De Graaf), et se contentant de faire remarquer que là, comme ailleurs, les formations épithéliales pathologiques prennent le plus souvent le type spécial des tissus épithéliaux qui, à l'état normal, siègent dans les parties où ces formations pathologiques ont apparu.

Je ne pousserai pas plus loin ces recherches de pathogénie, et ne m'arrêterai pas à discuter l'origine de ces premiers amas épithéliaux, point de départ des kystes, à discuter si les cellules qui les composent ont été formées par génération spontanée dans un blastème, ou si elles proviennent de cellules épithéliales préexistantes ou ayant émigré, ou si elles dérivent de cellules migratrices (globules blancs) ou de cellules endothéliales (de tissu conjonctif, de vaisseaux sanguins ou lymphatiques), cellules qui se seraient transformées, soit spontanément, soit par une sorte d'infection au contact des cellules épithéliales; les faits connus ne me semblent pas assez précis pour fournir une base solide à une discussion sérieuse.

III. DÉVELOPPEMENT. *Mode de développement.* Les kystes étant formés, comment s'est développée la tumeur tout entière? Deux hypothèses peuvent être émises: 1° Les kystes formés ont augmenté de volume par suite de l'augmentation du contenu, et l'augmentation totale de la tumeur résulte de la somme de ces augmentations partielles; — 2° de nouveaux kystes ont apparu, et c'est à cette augmentation de nombre qu'est due l'augmentation totale de la tumeur. Avec la pre-

mière hypothèse, on devrait trouver dans notre tumeur de grandes cavités kystiques ; or, nous avons vu que ces cavités étaient pour la plupart assez petites, beaucoup trop petites pour expliquer par leur augmentation de volume, seule, l'augmentation de volume si rapide de notre tumeur. Il nous faut donc recourir à la seconde hypothèse sinon comme cause unique de cette augmentation, du moins comme cause principale ; car il est bien certain que les cavités kystiques si petites qu'elles soient, ont cependant dû s'accroître et que cet accroissement a dû entrer pour une certaine part dans l'augmentation totale de volume.

Cette augmentation de nombre étant admise, comment s'en rendre compte ? Faut-il admettre qu'il s'est encore produit des kystes de nouvelle formation, comme nous l'avons supposé pour le début de la tumeur ? — ou bien que les kystes primitifs ont donné naissance à des kystes secondaires soit en se divisant au moyen de végétations formant parois, soit en envoyant des prolongements en forme de culs-de-sac qui s'isoleraient ensuite de la cavité principale. Les formations de kystes secondaires aux dépens de kystes primitifs ont été soutenues avec grand talent par Wilson Fox, il s'est appuyé sur un fait très-réel : l'existence de kystes communiquant entre eux et qu'il considérait comme des kystes uniques en voie de donner lieu à des kystes secondaires. Dans notre tumeur, il existe bien des kystes communiquant entre eux, mais si on y regarde d'un peu près, l'explication précédente ne peut lui être appliquée.

Supposons tout d'abord que dans ces kystes communiquant entre eux, l'un d'eux n'ait été à son début qu'un prolongement de l'autre, en voie de s'isoler par étranglement. S'il en est ainsi, on doit trouver sur d'autres points de la tumeur des kystes où le processus en est encore à cette période, c'est-à-dire des kystes avec de petits prolongements en forme de culs-de-sac ; on doit trouver aussi toute une série d'intermédiaires entre ces prolongements à leur début et les kystes communiquant entre eux. Or, c'est ce qui n'est pas. Ce processus ne peut donc être admis ici, à moins de supposer, chose tout à fait invraisemblable, qu'il se soit effectué partout avec un tel ensemble, qu'il serait arrivé partout au même degré de développement sans avoir laissé de formes intermédiaires.

D'autre part, on ne peut regarder ces kystes communiquant entre eux, comme des kystes en voie de se diviser, parce que les kystes uniques ne présentent pas de végétations, parce qu'il serait bien singulier que ces végétations n'existassent que sur certains kystes et que dans ces kystes

elles fussent toutes arrivées à produire des diaphragmes ; parce que ces végétations, lorsqu'elles existent, sont en majeure partie, sinon en totalité, constituées par un tissu se rapprochant plus ou moins du tissu de bourgeons charnus, tandis que ces diaphragmes sont complètement fibreux.

Je ne parle pas d'une autre formation secondaire de kystes admise également par Wilson Fox : formation par accolement de végétations voisines, limitant entre elles des espaces clos devenant ensuite kystes ; elle ne peut évidemment s'appliquer à notre tumeur, puisque ses parois ne présentent pas de végétations.

Nous sommes donc conduits, d'élimination en élimination, à rejeter (dans notre tumeur j'entends) l'hypothèse d'une formation secondaire de kystes pour expliquer et l'existence des kystes communiquant entre eux et l'augmentation dans le nombre des kystes de la tumeur, conduits à admettre, au contraire, que cette augmentation de nombre est due à de nouvelles formations de kystes de toutes pièces, analogues à celles que nous avons admises, pour expliquer l'apparition des premiers kystes. Dans cette hypothèse, il n'y aurait donc pas de kystes pères et de kystes fils, tous seraient frères, frères d'âges différents, et les kystes voisins communiquant entre eux ne seraient plus des kystes en voie d'en former d'autres, mais des kystes isolés d'abord qui se seraient ouverts l'un dans l'autre, pour se confondre en deux poches uniques.

2° Rapidité du développement. Le mode spécial de développement qu'a présenté notre kyste, explique peut-être la rapidité avec laquelle il s'est accru ; on conçoit en effet que ces tumeurs à loges petites et nombreuses, dont l'accroissement paraît tenir non seulement à l'augmentation du volume de chacune des cavités kystiques, mais encore et surtout à l'augmentation de nombre de ces cavités, doivent se développer plus rapidement que celles où le processus formatif est nul ou faible, où l'accroissement semble uniquement et principalement dû à l'accroissement des cavités primitives, telles seraient par exemple les kystes à loges volumineuses et peu nombreuses. Il m'a semblé d'après ce que j'ai observé jusqu'à présent qu'il en était bien ainsi ; si donc cette manière de voir était vérifiée par un plus grand nombre d'observations, le chirurgien devrait en tirer l'indication de hâter l'opération lorsqu'il aura lieu de supposer un kyste de cette nature.

IV. DÉNOMINATION. Si on veut donner à notre tumeur un nom qui rappelle sa nature histologique, on ne peut évidemment se contenter de celui de kyste ou de tout autre basé sur la conformation extérieure de la tumeur ; les tumeurs qui nous paraissent semblables d'aspect, sont souvent tout à fait

différentes histologiquement ; il est par exemple, des tumeurs de l'ovaire d'apparence kystique et dans lesquelles les prétendus kystes ne sont que des masses de tissu muqueux. Quand les tumeurs ne sont constituées que par un seul élément anatomique, un seul tissu, la dénomination histologique est chose facile : le nom de la tumeur se tire naturellement de celui de l'élément ou de celui du tissu ; tels sont les noms de chondrome, ostéome, myome.. etc.. Mais quand la tumeur est plus complexe comme c'est le cas ici, il faut si on ne veut pas forger un nom interminable et aussi peu pratique qu'instructif, il faut choisir l'élément, le tissu dont l'importance est prédominante ; point souvent très-délicat.

Dans notre tumeur, le point de structure le plus important me paraît le revêtement épithélial, qui fait ressembler les parois des cavités kystiques à celles d'une muqueuse sécrétante ; et du reste n'avons-nous pas vu que ces kystes au début étaient uniquement constitués par un amas de cellules épithéliales ? le contenu de ces kystes n'est-il pas encore un produit de sécrétion de ces cellules épithéliales ? n'est-on pas en droit de dire que c'est à cette sécrétion des cellules qu'est due la forme kystique de la tumeur ? Aussi je pense, comme Waldeyer, que ces kystes doivent être rangés dans la classe des tumeurs épithéliales.

Mais cette classe est nombreuse et variée (quelques auteurs y font rentrer les carcinomes) il nous faut donc spécifier davantage. On pourrait comparer notre kyste à une glande normale et l'appeler un épithélioma adénoïde, adénome. Nous avons vu en effet qu'il s'était formé à la façon des glandes normales, s'était comporté comme une glande dont le conduit excréteur aurait été obturé et qui aurait continué cependant à sécréter ; on pourrait surtout la comparer aux glandes closes en général, aux follicules de De Graaf en particulier ; nous avons vu que cette ressemblance a été cause que beaucoup de pathologistes ont regardé et regardent encore les kystes de l'ovaire comme des follicules développés outre mesure. Le mot adénome aurait cependant un inconvénient, car il est généralement employé pour désigner de simples hypertrophies de glandes préexistantes ; et nous avons vu que ce n'était pas le cas ici, comme on l'avait supposé. Il ne pourrait s'appliquer qu'aux cas semblables à celui que Rokitzski décrit sous le nom d'hypertrophie des follicules de De Graaf, où il existait des ovules dans les cavités kystiques. Le mot hétéradénome serait peut-être meilleur à un certain point de vue ; mais employé seul, il est vague, et, si on veut le spécifier par un qualificatif, par l'espèce d'épithélium qu'on y rencontre par exemple, il devient inutile et alors le mot épithéliome suffit. Ce qui diffé-

renvoie les unes des autres les différentes espèces d'épithéliomes, c'est surtout la nature de leur épithélium ; la classification des épithéliomes doit donc avoir pour première base ce point particulier de leur structure ; c'est ce qu'ont fait MM. Cornil et Ranvier dans leur manuel d'histologie pathologique. Si nous appliquons ce principe ici, notre tumeur devrait être désignée sous le nom d'épithéliome à cellules mucipares, ou plus simplement, les cellules caliciformes étant les plus abondantes d'épithélioma caliciforme, et c'est le mot qui me paraît le meilleur dans l'état actuel de nos connaissances. Cette forme de tumeurs ne se rencontre pas seulement dans l'ovaire ; certains polypes muqueux du rectum, par exemple, désignés communément sous le nom d'adénomes, ont la même structure, sont passibles des mêmes observations et peuvent recevoir la même dénomination. La seule différence consiste en ce que chez eux, le stroma et les vaisseaux sont en dedans par rapport au revêtement épithélial ; tandis que dans les tumeurs semblables à la nôtre, ils sont en dehors ; d'où il suit que les premiers se développent sous forme de polypes et les autres sous forme de kystes ; mais à vrai dire c'est un même type, retourné en dedans ici, en dehors là. Et ce qui le prouve bien c'est que dans certains polypes du rectum on trouve des kystes, et dans certains kystes de l'ovaire des polypes ; et à ne voir qu'un coin de préparation microscopique je ne crois pas qu'on puisse diagnostiquer ces formes les unes des autres ; dans le langage on pourra les différencier en leur ajoutant le qualificatif purement macroscopique de kystique ou de polypeux ; notre kyste serait alors un épithélioma caliciforme kystique ; la tumeur du rectum à laquelle je faisais allusion : un épithélioma caliciforme polypeux.

D'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, ce type de kyste à épithélium caliciforme, est très-fréquent parmi les kystes de l'ovaire ; on peut bien observer entre eux quelques différences, mais ces différences sont d'ordre secondaire. Dans le cas qui nous occupe, il existait une formation continue de nouveaux kystes d'où une tumeur à loges nombreuses et petites ; dans d'autres, au contraire, ce processus formatif semble nul ou peu marqué, les kystes primitifs ne font que s'accroître, ils s'ouvrent les uns dans les autres, d'où une tumeur à loges rares et volumineuses. Ici, pas de végétations sur les parois, d'où des cavités régulières sphériques ou polyédriques ; ailleurs, au contraire, des végétations viennent combler plus ou moins les cavités kystiques, et donner à la tumeur une consistance plus solide. Les premiers kystes étaient proliférants, ces derniers sont végétants, mais tous sont des épithéliomas caliciformes.

A côté de ce groupe, viennent s'en placer d'autres qui en diffèrent par la nature de l'épithélium qui tapisse les parois. Chez les uns, par exemple, cet épithélium est à cils vibratils, chez les autres il est simplement cylindrique, etc., différences importantes, car elles entraînent très-probablement des différences dans la nature des liquides kystiques. Cependant ils ont tous un point commun, c'est que leur revêtement épithélial se rapproche plus ou moins de celui des muqueuses normales; aussi tous ces groupes peuvent-ils se réunir dans une même famille qu'on pourrait désigner sous le nom d'épithéliomas myxoides (ce que Waldeyer désigne sous le nom de *myxoid-cystom*), par opposition à une autre famille de tumeurs qui a pour type normal la peau, et qu'on pourrait appeler épithéliomas dermoïdes (kystes dermoïdes des auteurs).

Ces différentes formes de kystes de l'ovaire peuvent se rencontrer, comme on le sait, non-seulement sur une même malade, mais même dans une même tumeur. C'est du reste un caractère remarquable des tumeurs de l'ovaire d'être polymorphes; aussi ne faut-il pas être trop systématique dans la dénomination de ces kystes.

RÉSUMÉ. 1° Ce kyste multiloculaire de l'ovaire à contenu gélatiniforme a des parois de nature fibro-celluleuse; ces parois sont revêtues d'un épithélium en majeure partie à cellules caliciformes, au-dessus duquel on constate une couche endothéliale incomplète. Le contenu est constitué par une substance finement striée et légèrement granuleuse, dans laquelle sont disséminés des éléments cellulaires et granuleux; on n'y trouve pas d'ovules.

2° Ce kyste ne semble pas provenir des vésicules de De Graaf dilatées et transformées, mais de formations épithéliales toutes nouvelles, analogues à celles que présentent au début de leur développement les productions épithéliales, en général, et les vésicules de De Graaf en particulier. Le contenu résulte surtout de la sécrétion des cellules caliciformes; les cellules et les granulations que l'on y trouve proviennent des cellules des parois.

3° L'augmentation si rapide qu'a présentée cette tumeur, est due à l'augmentation de volume de chacune des cavités kystiques, et surtout à l'augmentation dans le nombre de ces cavités. Cette augmentation de nombre est due non pas à des formations de kystes secondaires aux dépens des kystes anciens; mais à des formations de toutes pièces analogues à celles qui ont amené les premiers kystes.

4° Histologiquement, cette tumeur peut être désignée sous le nom d'épithélioma caliciforme. Elle doit être rangée dans

une famille très-naturelle, qu'on peut appeler la famille des épithéliomas myxoïdes.

M. TRÉLAT. Les renseignements que vient de nous fournir M. Malassez, sont fort intéressants; mais je crois que nous ne pourrions arriver à quelque précision dans le diagnostic des tumeurs de l'ovaire, que si nous rapportons les formes extérieures aux résultats fournis par l'examen histologique. Je dis tumeurs de l'ovaire, parce que l'ovaire est toujours compris dans la tumeur, même si elle s'est développée primitivement en dehors de cette organe.

M. MALASSEZ. L'histologie n'est pas encore assez avancée pour éclairer et guider la clinique. Elle doit la suivre. On s'exposerait à des déceptions en lui demandant plus qu'elle ne peut donner, quant à présent.

M. HOUEL. J'ai disséqué un grand nombre de tumeurs de la région ovarienne. Dans toutes ces tumeurs, grandes, moyennes ou petites, j'ai toujours trouvé dans un point, ordinairement au voisinage de l'insertion aux ligaments larges, une masse de petits kystes, isolés du reste de la production morbide. Je crois que cette petite masse distincte est l'ovaire, qui a plus ou moins complètement échappé à la formation pathologique.

M. GIRALDÈS. Les renseignements donnés par M. Malassez me rappellent un travail de Hotkin (1), dans lequel cet auteur a étudié la formation des kystes de l'ovaire. D'après lui, ils résulteraient de l'évolution d'une série de kystes ou même d'un seul, dans l'intérieur duquel se produiraient successivement de nouveaux kystes, par une sorte de prolifération.

(1) Medico-chir. Transactions. T. xv.

EXPLICATION DE LA PLANCHE III.

Fig. 1. Coupe de paroi kystique ($\frac{100}{1}$).

1. Paroi de nature fibreuse.
2. Couche de cellules caliciformes.
3. Amas de cellules sphériques.
4. Cellules à prolongements multiples.

Fig. 2. Revêtement épithélial vu par sa face supérieure ($\frac{100}{1}$).

Fig. 3. Cellules à revêtement épithélial ($\frac{100}{1}$).

- a. Cellules caliciformes. b. Cellules sphériques.
1. Protoplasma.
2. Noyau.
3. Cavités mucipares.

Fig. 4. Couche sous-épithéliale imprégnée d'argent ($\frac{200}{1}$).

1. Débris de la couche épithéliale.
2. Vaisseaux imprégnés.
3. Cellules endothéliales.

Fig IV

Fig V

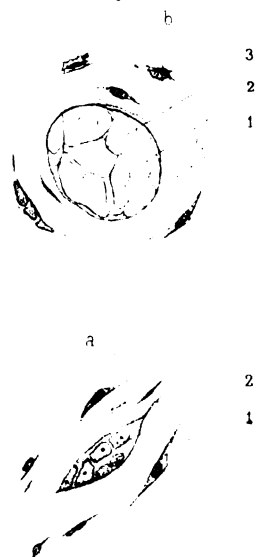


Fig III



Fig II

Fig I

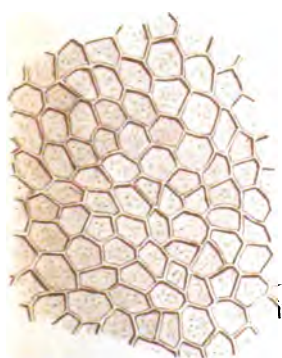


Fig. 5. Premier développement des cavités kystiques ($\frac{3 \times 2}{1}$).

- a. Amas épithélial primitif.
- b. Amas épithélial avec une petite cavité centrale.
1. Tissu fibreux périphérique.
2. Cellules épithéliales.
3. Cavité.

22. Maladie de Bright (atrophie rénale). Hypertrophie du cœur gauche ; hémorrhagie cérébrale ; (hémiplegie droite et aphasie) ; nouvelles hémorrhagies cérébrales ; mort, par le D^r R. LÉPINE, chef de clinique à la Charité.

Cl. Deplac... âgée de 34 ans, dévideuse, née à Lyon, entrée à la clinique de la Charité, salle Sainte-Anne, le 23 mars 1874. Depuis 1867, cette femme habite à Paris un logement humide ; il y a quelques mois, elle a eu des douleurs de reins, puis postérieurement des vomissements, et des maux de tête. Le 24 mars à la suite d'une vive émotion, elle a été frappée d'apoplexie ; au bout d'un quart-d'heure, on l'a relevée sans connaissance, et paralysée du côté droit.

Au moment de l'entrée, la face et les yeux ne présentent pas de déviation manifeste ; la commissure labiale est déviée à gauche, la pointe de la langue à droite ; l'hémiplegie du membre supérieur droit est complète ; mais la malade soulève bien le pied droit. La sensibilité est conservée à peu près complètement. Le membre supérieur droit est notablement plus chaud que le gauche. Intelligence nette ; mais l'articulation des mots est difficile ; de plus la malade se trompe fréquemment pour certaines syllabes, quand elle veut prononcer un nom propre ; le plus souvent elle ne parvient à dire exactement son propre nom qu'après qu'on l'a déjà prononcé devant elle ; ces phénomènes ont été constatés avec le plus grand soin *chacun des huit jours suivants* ; d'ailleurs pas d'amnésie elle sait le nom de *tous* les objets. — Albuminurie ; hypertrophie considérable du cœur : le poulx est dur, à 108 ; (pas de fièvre) ; au sphygmographe on constate que le sommet est très aigu ; donc pas d'adhérence ; point d'hypertrophie simple. Même état les jours suivants ; persistance de l'albuminurie.

Dans la nuit du 8 au 9 avril, sans prodromes la malade est prise de perte de connaissance ; à la visite bien que les yeux soient ouverts, elle ne reconnaît personne ; mais elle n'est pas insensible aux excitations ; elle grimace, quand on la pince, et marmotte des paroles inintelligibles : les pupilles sont dilatées, surtout la gauche ; dans le membre supérieur droit, la paralysie est complète, comme avant cette nouvelle attaque ; dans le

membre inférieur droit, la paralysie a beaucoup augmenté ; ce membre soulevé retombe lourdement, ce que ne fait pas le membre inférieur gauche. Pouls 100 ; régulier, très petit. — Les jours suivants, respiration de plus en plus stertoreuse ; mort le 15 avril, sans que la malade ait repris connaissance un seul instant.

AUTOPSIE. Les *méninges* ne présentent rien à noter ; les artères de la base ne sont pas athéromateuses, les artères sylviennes le sont un peu, mais sans rétrécissement de leur calibre. Une coupe horizontale juste au-dessus du corps calleux montre à gauche un foyer hémorragique considérable, de couleur rouge brunâtre, étendu de 6 centimètres d'avant en arrière. Une coupe antero-postérieure et verticale, à ce niveau, montre que verticalement il mesure 4 centimètres 1/2. Ce foyer se compose de deux foyers d'âge différent ; le plus ancien est le plus antérieur : il est de couleur ocreuse du volume d'une noisette et a envahi la substance blanche et une minime portion de la substance grise de la circonvolution la plus antérieure de l'insula ; le foyer postérieur, évidemment tout récent, occupe l'expansion pédonculaire et le noyau lenticulaire du corps strié. Symétriquement, on trouve dans l'hémisphère droit un foyer tout à fait récent, un peu moins étendu que celui de l'hémisphère gauche. Les ventricules sont vides des deux côtés. Le cervelet ne présente rien de particulier. La protubérance est saine ainsi que le bulbe.

Le cœur est très volumineux ; on constate que l'hypertrophie siège presque exclusivement sur le ventricule gauche. Le ventricule droit est un peu hypertrophié, mais la cavité n'est pas augmentée. L'épaisseur des parois du ventricule gauche est de 3 centimètres, la cavité est normale et saine. Les valvules sont saines ainsi que l'aorte ; une petite tache athéromateuse sur la valve antérieure. Le *Poumon* gauche est sain, avec un peu de congestion à son bord postérieur. Le poumon droit est sain aussi.

Le *rein* gauche est très petit, la substance corticale presque entièrement atrophiée. Le rein droit est de la même grandeur que le gauche. La capsule est difficile à détacher ; on a l'aspect du rein granuleux. La rate dont les dimensions sont normales est saine. Le foie est volumineux ; la vésicule est pleine de bile verte.

RÉFLEXIONS. Cette observation présente un type classique d'hypertrophie cardiaque liée à une atrophie rénale ; on sait qu'en pareil cas, les hémorragies cérébrales ne sont pas rares ; aussi, avait-on porté pendant la vie le diagnostic d'hémorragie et non celui de ramollissement, bien qu'il y eût un certain degré d'aphasie, laquelle est exceptionnelle dans

l'hémorrhagie cérébrale. C'est au point de vue de l'aphasie que cette observation me paraît intéressante ; elle montre d'une manière évidente que la lésion d'une petite portion de la substance grise, d'une des circonvolutions de l'insula du côté gauche, a été accompagnée de quelques troubles manifestement aphasiques. Le foyer ocreux répond à l'hémorrhagie du 21 mars, des foyers récents des deux côtés se sont produits dans les huit derniers jours.

M. CHARCOT. Le fait de M. Lépine contribue à établir la distinction entre le *rein contracté* dans lequel s'observe surtout l'hypertrophie, du cœur et le *gros rein blanc*. Quant à l'hémorrhagie cérébrale, elle n'est pas très-rare dans la maladie de Bright, mais le mécanisme suivant lequel elle se produit n'est pas encore bien élucidé. A-t-on pu, dans le cas actuel, avoir quelques données précises sur ce sujet et en particulier a-t-on trouvé, ou non, des anévrysmes milliaires ?

M. LÉPINE. L'hémorrhagie a suivi de près une émotion morale causée par la vue d'un enfant écrasé. Quelque soin que j'y aie mis, je n'ai point trouvé d'anévrysmes milliaires, ni dans le corps strié du côté droit, ni dans les méninges. Les artères de la base étaient saines, sauf l'existence de deux petits points d'athérome.

M. CHARCOT. Dans deux cas de maladie de Bright avec hémorrhagie cérébrale, j'ai constaté des anévrysmes milliaires, mais les sujets étaient d'un âge très-avancé. On sait du reste que ces hémorrhagies sont fréquentes dans la maladie de Bright, et il est permis de supposer qu'il n'y a pas dans tous ces cas, d'anévrysmes milliaires. L'émotion a pu agir comme cause occasionnelle, mais non comme cause essentielle. Cette circonstance est, du reste, assez souvent signalée dans les faits de rupture d'anévrysme, milliaire ou autre. Tel est le cas cité par Bamberger, d'un homme qui sous la douche fut pris d'hémorrhagie par rupture d'un gros anévrysme développé sur l'une des artères de la base.

Dans le fait de M. Lépine, existait-il un foyer circonscrit, nettement isolé, ou bien y avait-il imprégnation par le sang, quelque chose ressemblant à l'apoplexie capillaire ?

M. LÉPINE. La déchirure du tissu cérébral et l'existence d'un caillot récent, isolé, étaient faciles à constater sur la pièce fraîche.

M. LEGROUX. A-t-on pu savoir si l'hypertrophie du cœur avait précédé ou suivi la lésion rénale ? Si cette dernière éventualité était démontrée, on pourrait admettre que l'hypertrophie du cœur a, par une sorte de suractivité de cet organe, amené une fatigue, puis une rupture, des vaisseaux cérébraux.

M. LÉPINZ. La question d'étiologie posée par M. Legroux est très-difficile à résoudre. Les phénomènes du début ont été chez notre malade, très-obscurs. Il n'y avait jamais eu d'œdème appréciable, et le seul phénomène important avait consisté dans l'apparition de douleurs lombaires 8 mois auparavant.

M. CHARCOT. L'opinion d'après laquelle l'hypertrophie du cœur amènerait une hémorrhagie cérébrale est à coup sûr rationnelle, mais ne s'appuie sur aucune preuve ; tout au contraire, si l'on étudie les faits d'hémorrhagie cérébrale dans lesquels existe une hypertrophie du cœur, on trouve toujours en outre, d'autres lésions, et en particulier des lésions vasculaires.

M. LEGROUX. Dans les cas de néphrite albumineuse, on voit le cœur s'hypertrophier par suite de la gêne de la circulation rénale. Si ce trouble circulatoire est suffisant pour produire une hypertrophie du cœur, pourquoi ne pourrait-il pas amener une rupture des petits vaisseaux de l'encéphale ?

M. CHARCOT. Traube a défendu cette théorie de l'hypertrophie avec beaucoup de talent, mais n'a pu la faire accepter d'une façon générale. Du reste, ce n'est jamais qu'une théorie.

23. Entérite Polypeuse par M. FOURRESTIÉ, interne des hôpitaux.

Mlle X***, âgée de 30 ans, entre à la Maison Municipale de Santé (service de M. FÉRÉOL) ; née en Angleterre, elle habitait Paris depuis quelques années, et exerçait la profession d'institutrice. Sans être d'une constitution robuste, elle jouissait cependant d'une bonne santé, lorsque au mois de décembre dernier elle remarqua du sang dans ses garde-robes. Ces hémorrhagies intestinales qui ont duré jusqu'au dernier jour de sa maladie, seraient survenues d'une façon tout-à-fait insidieuse, car la malade nous raconte qu'elle n'a jamais eu de frisson ni de colique ; aucun écart de régime, aucune habitude alcoolique ne peuvent être invoqués.

Effrayée cependant par la persistance de ces hémorrhagies intestinales assez abondantes pour occasionner 7 à 8 selles par jour, elle prit conseil d'un homme étranger à la médecine qui lui prescrivit de la magnésie anglaise.

Longtemps elle fit usage de ce médicament, et sans aucun succès. Bien que l'appétit se fut conservé, elle maigrissait beaucoup : douée d'une grande énergie, elle put continuer à donner ses leçons jusqu'au 10 mars, c'est-à-dire 10 jours avant son entrée à la Maison de Santé. A cette époque, l'appétit a disparu et elle a été obligée de garder le lit.

20 mars 1874. Le jour de son entrée, on constate que l'état général est très-mauvais : la malade est pâle, très-amaigrie,

sans force aucune ; sa parole est lente ; sa langue est couverte de muguet ; le poulx est petit ; on compte 80 pulsations par minute. La palpation abdominale ne révèle qu'une légère douleur en un seul point, dans la fosse iliaque gauche. La malade accuse vingt selles par jour, du ténésme rectal et une soif très-vive ; on nous montre des matières fécales solides autour desquelles se trouve du sang pur. On prescrit un lavement avec 0 gr. 25 de nitrate d'argent, suivi d'un lavement émollient laudanisé, une infusion de racine d'ipéca à prendre par cuillerées, du bouillon et du lait.

21 mars. On nous montre des selles composées surtout de sang noir et de débris de muqueuse intestinale. L'infusion d'ipéca a occasionné des vomissements tels qu'on a été obligé de suspendre cette médication. On prescrit un lavement avec 1 gramme de nitrate d'argent ; un purgatif avec 20 grammes de sulfate de soude et des pilules contenant de l'extrait thébaïque et de la poudre d'ipéca.

22 mars. Les selles ont été moins abondantes, mais on y trouve encore des débris de muqueuse. La malade est très-affaissée ; les pilules d'ipéca ont déterminé de nouveaux vomissements ; le lavement de nitrate d'argent a été très-douloureux. On continue l'ipéca et l'on prescrit 40 grammes de sulfate de soude et un lavement émollient laudanisé pour le soir.

23 mars. Ventre ballonné, douloureux à la pression. 92 pulsations. T. ax. 38°. Les selles ont été aussi fréquentes. Les pilules d'ipéca ne peuvent être tolérées. Le muguet gagne les piliers et la face interne des joues, bien qu'on ait soin de badigeonner ces régions avec un collutoire au miel rosat et au borax. On prescrit 20 grammes de sulfate de soude associé à 0 gr. 05 de chlorhydrate de morphine, un lavement avec bismuth et laudanum, potages, lait, bagnols.

24 mars. La malade a vomi toute la nuit ; elle ne peut supporter aucun aliment : T. ax. 38° ; P. 88. On prescrit des cataplasmes sur le ventre, et un lavement avec 0 gr. 75 de nitrate d'argent.

Les jours suivants, on ne constate aucune amélioration : les garde-robes contiennent toujours du sang en aussi grande quantité. La malade a continuellement des vomissements porracés qui ne lui permettent de rien avaler. On prescrit des pilules d'opium de 1 centigr. dont elle prend 3 à 40 par jour ; on continue les lavements au bismuth et on donne de la glace.

1^{er} avril. On essaie de nouveau d'arrêter ces hémorrhagies intestinales avec un lavement à la teinture d'iode ; aucun résultat. Deux ou trois jours après, on prescrit un autre lavement avec 2 grammes de sulfate de zinc, suivi d'un lavement émol-

lient laudanisé : ce lavement détermine de vives douleurs et n'amène aucune amélioration.

Dans les derniers jours, la malade ne peut retenir ses lavements : elle se soutient avec 2 ou 3 œufs et de la viande crue émulsionnée avec des amandes.

Signalons encore l'apparition de plaques diphthéroïdes sur la langue et à la face interne des petites lèvres ; elles ont été combattues avec succès par des lotions d'eau de Vichy.

La malade a succombé le 21 avril.

AUTOPSIE. — Les viscères contenus dans le thorax sont pâles et anémiés. La section des veines du cou donne très-peu de sang. A l'ouverture de l'*abdomen*, nous trouvons dans l'hypochondre gauche des matières fécales liquides : en cet endroit c'est-à-dire au niveau de l'angle que le colon descendant fait avec le colon transverse, le gros intestin présente une large perforation : en d'autres points, la paroi intestinale est aussi mince qu'une feuille de papier et la moindre traction suffit à la déchirer. Au niveau de l'S iliaque, la paroi intestinale se trouve réduite à l'enveloppe péritonéale sur laquelle on remarque plusieurs perforations ; on y trouve aussi des matières fécales épanchées dans la fosse iliaque.

La muqueuse intestinale n'est ni épaissie, ni injectée : on n'y retrouve pas cette teinte rouge ou violacée qu'on rencontre à la suite de la dysenterie ; il semblerait que la muqueuse s'est usée sans le secours d'aucun travail inflammatoire : en un seul point, au niveau du coude que le colon descendant fait avec le colon transverse, la muqueuse est injectée, épaissie et comme boursoufflée : cette épaississement de la muqueuse s'arrête brusquement au point de jonction du colon transverse avec le colon descendant. La muqueuse du colon transverse présente en effet sa couleur normale ; on y trouve en plusieurs points des ulcérations arrondies dont le fond et les bords ont le même aspect que le reste de la muqueuse.

Mais notre attention a été surtout attirée par de petites tumeurs pédiculées, du volume d'un gros pois, disséminées à la surface de la muqueuse et espacées d'un centimètre environ. Ces petits polypes sont noirs et contrastent par leur couleur avec le reste de la muqueuse : on les dirait plein de sang noir et coagulé : leur surface est garnie de petites franges ; on ne les retrouve que dans la portion la plus malade du gros intestin.

Le petit intestin est sain. — La rate est très-petite.

Les autres viscères ne présentent rien qui soit digne d'être signalé.

En résumé, voici les points intéressants que nous croyons devoir signaler dans cette observation : le début insidieux de

la maladie ; les perforations intestinales multiples survenues très-probablement dans les derniers jours de la maladie, sans douleur ni réaction inflammatoire ; l'aspect normal de la muqueuse accompagnant des lésions aussi considérables.

La présence sur la muqueuse intestinale de petits polypes nous a autorisé à ranger cette observation à côté de celles qui ont déjà été décrites sous le nom d'*Entérite Polypeuse*.

M. CHARCOT. Ce cas est, en effet, un exemple de cette affection assez rare désignée sous le nom d'entérite polypeuse. MM. Briquet et Leubuscher ont publié des faits analogues, au moins quant à l'apparence extérieure.

22. Rapport sur la candidature de M. P. Budin,

au titre de membre-adjoint, par M. MARCANO.

Messieurs, une des premières présentations qui aient été faites devant votre Société par M. Budin, remonte à l'année 1872. Il s'agissait d'un fœtus né au 8^e mois de la vie intra-utérine et présentant deux mains-botes appartenant à la variété cubito-palmaire, et deux pieds-bots, l'un varus, et l'autre talus. Les quatre membres avaient été disséqués avec le plus grand soin, et l'on trouve dans vos Bulletins la description détaillée, minutieuse même, des muscles, des ligaments et des surfaces osseuses. Celle du pied-bot talus direct pourra servir à l'anatomie pathologique de cette variété dont une seule dissection avait été jusqu'ici rapportée, par M. Lannelongue dans sa thèse.

Mais c'est surtout au point de vue de l'étiologie du pied-bot congénital que l'observation de M. Budin est intéressante. On peut grouper en 3 classes les différentes causes qui ont été invoquées par les auteurs pour expliquer la formation du pied-bot congénital. Une première théorie invoque la rétraction musculaire consécutive à une lésion du système nerveux : cette théorie exposée par Duverney, acceptée par MM. Lelpech, Béclard et Rudolphi, a été défendue avec ardeur par M. Jules Guérin. Une seconde théorie admet une malformation primitive des membres, que cette malformation résulte d'un arrêt de développement, ou qu'elle soit la conséquence du développement anormal des diverses parties qui concourent à former le membre. Enfin, une troisième théorie admet comme cause du pied-bot congénital une compression anormale subie par le fœtus dans la cavité utérine. Ces trois théories ont été suffisamment discutées l'an dernier dans sa thèse, par l'un de nos collègues, M. Thorens. L'observation de M. Budin se rattache à la dernière, elle montre

manifestement que le pied-bot peut être la conséquence de la compression du fœtus dans le sein maternel, elle constitue même, croyons-nous, la démonstration la plus probante qui en ait été fournie.

Bien avant son accouchement, en effet, la femme primipare qui donna naissance au fœtus était examinée journellement à l'infirmerie de la Maternité, où elle fut retenue pendant cinq semaines pour une hydropisie continue. Les parois abdominales et les parois utérines étaient chez elle très-résistantes, si bien, que par le palper il était difficile de reconnaître quelles parties fœtales se trouvaient sous la main : on avait cependant affaire à une présentation du sommet en O. I. D. P., et, dans ces cas on trouve aisément en général les saillies faites par les membres dont on n'est séparé que par l'épaisseur de l'utérus et par celle de la paroi abdominale antérieure. Lorsque la poche des eaux se rompit, il s'écoula une quantité de liquide si petite que cette rupture passa presque inaperçue, la malade se sentit seulement un peu plus mouillée. Il y avait donc eu, pendant la grossesse, une compression continue et assez considérable du fœtus qui n'était pas même protégé par la présence du liquide amniotique. Or chez ce fœtus qui vécut pendant plusieurs heures, non-seulement on trouva des mains-botes et des pieds-bots, mais il existait en outre, du côté de la cage thoracique, une déformation singulière : au niveau des régions épigastriques et de l'hypochondre droit, on trouvait un enfoncement, enfoncement persistant après l'enlèvement de la paroi abdominale, grâce à la direction du bord inférieur des côtes. Non-seulement les parois molles étaient déprimées et on avait pu constater aisément les battements de l'extrémité du cœur en ce point, mais encore l'extrémité inférieure du sternum était refoulée à gauche, et le bord inférieur des côtes du côté droit décrivait une courbe alternativement concave et convexe. En allant du sternum vers le bord droit du tronc, on trouvait d'abord une concavité assez allongée, puis une légère convexité également allongée, enfin une courte concavité. Si on venait à fléchir les membres inférieurs sur l'abdomen, le genou gauche se rigé en dehors, position obtenue avec la plus grande facilité, (et la dissection a démontré plus tard qu'une disposition spéciale des muscles de la cuisse la favorisait) on voyait la face plantaire du pied gauche s'appliquer exactement sur ces courbures : les orteils correspondaient à la plus grande concavité, la région moyenne à la convexité et le talon à la petite concavité.

L'ouverture du thorax et de l'abdomen montra qu'une déformation persistante des cartilages costaux inférieurs et du

sternum produisait cet aspect. Quant aux organes contenus, ils étaient normaux; les poumons et la plèvre, le cœur et le péricarde ne présentaient aucun vice de conformation. Cette déformation des bords inférieurs des côtes à droite ne pouvait donc être expliquée par aucun vice de conformation des organes internes, et se rapportait bien à la forme de l'un des pieds dont la face plantaire se moulait exactement sur elle. Cette hypothèse prenait plus de force encore lorsqu'on rapprochait de cette déformation la résistance des parois abdominales et des parois utérines pendant la grossesse, et l'existence d'une très-petite quantité de liquide amniotique.

Outre cette observation, M. Budin vous en a présenté un certain nombre d'autres qui sont également remarquables par le soin avec lequel les malades ont été observés pendant la vie et par les lésions constatées après la mort. Je ne vous rappellerai que les plus importantes.

En janvier 1873, il vous a apporté une *hémorrhagie de la caduque* survenue très-loin du placenta et au 6^e mois de la grossesse. S'il est assez commun de rencontrer des hémorrhagies de la caduque se produisant dans les deux premiers mois de la grossesse et déterminant l'avortement, il est excessivement rare de les voir survenir dans le courant du 6^e mois. Nous n'en avons rencontré aucun cas signalé dans le mémoire de M. Devilliers, ni dans le remarquable article de Hégar sur la pathologie de l'œuf. De plus, dans ce cas, il existait sur la caduque hypertrophiée des vaisseaux qui près du caillet étaient dilatés, moniliformes, comme ceux dont on constate l'existence dans les néo-membranes.

Je vous signalerai encore : — un cas de *goutte* datant de vingt ans, et dans lequel l'usage immodéré de la liqueur La-ville paraissait avoir amené des accidents viscéraux et la mort ; — une observation de *sclérodémie* ; — un cas de *cancer primitif du foie* à marche excessivement rapide ; — une portion de crâne prouvant que dans les cas de *fracture de la voûte* la consolidation peut être à la fois osseuse et fibreuse ; — quelques pièces appartenant à la pathologie cardiaque, et parmi elles, un *rétrécissement acquis de l'orifice pulmonaire* ne s'accompagnant pas de phthisie pulmonaire.

Enfin cette année même, M. Budin vous a présenté une observation très intéressante de *kyste hydatique suppuré du foie* largement ouvert à l'extérieur à travers la paroi abdominale, et ayant donné lieu, alors qu'il n'y avait pas encore de communication avec le poumon, à quelques phénomènes de pneumo-thorax.

25. Examen micrographique relatif à un cas de gangrène de la plèvre (p. 313), par M. HAYEM.

Cet examen a été fait sur un fragment pris dans la partie moyenne du poumon malade, à égale distance du hile et de la surface du poumon, dans un point où, à l'œil nu, les lésions paraissaient le plus nettes. Sur des coupes pratiquées après macération dans le liquide de Muller, et durcissement par la gomme et l'alcool, voici ce que l'on constate :

Le plus grand nombre des *alvéoles* contiennent de la fibrine coagulée par les réactifs et devenue fortement fibrillaire ; cette fibrine retient une petite quantité d'éléments cellulaires et particulièrement de globules blancs. D'autres alvéoles sont remplis de cellules épithéliales granuleuses, et de globules de pus. Partout on trouve, mélangé à ces produits, un débris granulo-grasieux, analogue à celui de la pneumonie caséuse.

La lumière des *artères* est oblitérée par des coagulations, composées presque exclusivement de fibrine ; dans quelques-unes ce sont surtout des amas de globules blancs. La membrane propre de ces vaisseaux conserve ses caractères normaux et, en aucun point, il n'y a d'endartérite oblitérante proprement dite.

Dans les veines et les veinules, on trouve également soit de la fibrine, soit des globules blancs. Certains espaces à parois peu épaisses, et contenant aussi une grande quantité de globules blancs, paraissent être des coupes de vaisseaux lymphatiques. Au niveau des vaisseaux, le tissu cellulaire est épaissi et infiltré de pigment ; mais on n'y voit pas de prolifération cellulaire.

En somme, ce poumon présente les lésions de la pneumonie catharrho-purulente, avec cette particularité que les vaisseaux sont oblitérés.

Le Secrétaire : A. SEVESTRE.

MAI 1874

~~~~~  
*Séance du 1<sup>er</sup> mai.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**1. Tumeurs cancéreuses multiples chez une femme opérée d'un épithélioma du clitoris ;** par M. LAGEN, interne des hôpitaux.

B. Caroline, âgée de 62 ans, entra le 12 août 1873 à l'hôpital Cochin, salle St-Jacques n° 12 (service de M. DESPRÈS). Elle présentait alors un épithélioma du clitoris, développé depuis un an. L'ablation de la tumeur fut faite le 1<sup>er</sup> septembre. Un mois après, le développement de bourgeons charnus exubérants fit craindre une récurrence, mais ils disparurent rapidement après des cautérisations au nitrate d'argent.

Il existait en même temps chez cette femme une tumeur du sein droit. Cette tumeur, dont le début remontait à 3 ans, offrait les caractères d'un adénome ; pourtant elle était ulcérée en un point et avait, par là, donné lieu à des hémorrhagies assez abondantes ; elle présentait en outre vers sa partie supérieure une partie fluctuante, contenant certainement un liquide dont la coloration paraissait, par transparence, violacée — La malade mourut d'épuisement.

**AUTOPSIE.** Pas de lymphangite pelvienne ; les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques des organes génitaux ne présentent aucune altération. Utérus normal.

Les *reins* contiennent des noyaux cancéreux dont quelques-uns commencent à se ramollir. On trouve aussi des noyaux dans les *poumons*. (La malade avait, pendant les derniers temps de sa vie, présenté une toux fréquente, sans expectoration caractéristique.) Le poumon gauche présente, au sommet, des adhérences intimes avec la plèvre pariétale. Il est, en ce point, creusé d'une vaste caverne dont les parois sont recouvertes d'un putrilage grisâtre. Le lobe moyen du poumon droit

présente aussi une tumeur saillante à sa face externe, et qui à la coupe paraît ramollie et constituée par une matière analogue à celle qui tapisse les parois de la cavité du poumon gauche. La tumeur du *sein* est formée presque entièrement par une poche remplie d'un liquide sanguinolent ; cette poche repose sur une base indurée. Les parois, examinées au microscope par M. Després, sont formées par des culs-de-sacs glandulaires séparés par des éléments fibro-plastiques.

**2. Hernie épiploïque vaginale séparée d'une entéro-épiplo-cèle plus volumineuse par un canal offrant deux collets ;**

par M. C. RÉMY, interne des hôpitaux.

Chassany Etienne, 33 ans, cocher, était entré à l'hôpital du Midi (service de M. HORTELOUP) pour un rétrécissement du rectum. Le malade portait en outre une hernie inguinale gauche (oblique externe), dont il ne pouvait préciser l'époque d'apparition. Cette tumeur était du volume du poing, ovoïde, à grand diamètre continuant la direction du canal inguinal. On pouvait par le palper lui distinguer deux lobes superposés, séparés par un léger étranglement. Le lobe supérieur, plus volumineux, était élastique, sonore : on pouvait réduire son contenu et on obtenait le gargouillement significatif. Le canal inguinal était largement ouvert ; après réduction, on sentait encore un cordon très-épaissi situé en arrière.

Le lobe inférieur était fluctuant et mat ; en déprimant le liquide, on arrivait sur le testicule qui était entouré par un corps mou, mal délimité, autre que l'épididyme. Ce second lobe était irréductible. Le scrotum glissait facilement sur la tumeur. Le malade réduisait le lobe supérieur et le maintenait au moyen d'un bandage sans avoir jamais été incommodé.

À L'AUTOPSIE, on trouve deux tumeurs arrondies, superposées, reliées entre elles par un canal pouvant admettre le petit doigt et offrant une longueur de 4 centimètres. Ce canal est situé à leur partie postérieure ; il s'ouvre à la partie postérieure et supérieure du lobe inférieur, à la partie moyenne et postérieure du lobe supérieur, de telle façon que celui-ci retombe en avant de lui et lui adhère ainsi qu'au lobe inférieur.

Le canal déférent est situé en arrière des tumeurs, appliqué contre le canal herniaire et pénètre en même temps que lui dans le lobe inférieur.

Le tout ayant été ouvert, on reconnaît que la tumeur supérieure communique d'une part avec la cavité abdominale, d'autre part avec l'ouverture du canal décrit, qui présente un collet à son orifice.

Cette tumeur contenait de l'épiploon, de l'intestin et du

liquide abdominal purulent, comme dans la péritonite; l'épiploon franchissait le collet du canal, remplissait ce canal; puis, au moment de pénétrer dans la deuxième tumeur, franchissait un nouveau collet.

Dans cette deuxième tumeur on trouvait l'épiploon adhérent par des brides, le testicule et l'épididyme, et le même liquide que précédemment : elle était formée par la vaginale distendue. Le collet par lequel sortait l'épiploon était situé près de la queue de l'épididyme, à sa partie externe. Tous deux pouvaient admettre l'extrémité du petit doigt. Ainsi, la tunique vaginale communiquait largement avec la cavité abdominale, et cependant l'entéro-épiplocèle qui s'était formée, n'était pas au contact du testicule, l'épiploon remplissant suffisamment le canal pour empêcher la descente de l'intestin.

### 3. Ostéite de la tête du fémur, par M. CUFFER, interne des hôpitaux.

A son entrée au mois de novembre dernier dans la salle Sainte-Vierge, n° 23, (service de M. GOSSELIN) le nommé D..., âgé de 45 ans, offrait tous les signes d'une coxalgie à gauche. Cette coxalgie, survenue à la suite d'un traumatisme chez un individu scrofuleux, ne présentait pendant deux mois rien de particulier. Les signes étaient ceux de toute coxalgie.

Vers la fin de janvier, ce malade éprouva des douleurs assez vives dans la région malade avec gonflement très-notable. Peu après, plusieurs fistules se déclarèrent à la fesse et à la région trochantérienne. Le malade maigrit de plus en plus et, le 29 avril, il mourut, après avoir présenté tous les signes de l'hecticité.

A L'AUTOPSIE, nous trouvâmes les muscles avoisinant l'articulation en partie dégénérés, les ligaments épaissis, ramollis, infiltrés.

L'articulation présentait les lésions suivantes : Les cartilages d'encroûtement étaient complètement détruits ; la tête du fémur réduite à un très-petit volume, ne dépassait pas en épaisseur celle du sommet du col. La cavité cotyloïde, très-agrandie, présentait une ouverture considérable, faisant communiquer l'articulation avec la cavité pelvienne. Le col du fémur et ce qui restait de la tête étaient engagés dans cette ouverture. Après avoir scié le fémur, nous avons constaté une ostéite raréfiante étendue jusqu'au col, avec infiltration notable. Du côté de la tête, la raréfaction était beaucoup moins marquée ; mais, en certains points, il y avait des îlots d'ostéite condensante.

Du côté du bassin, le muscle iliaque était réduit en une

bouillie épaisse, grisâtre. — A la partie profonde du muscle, on trouva une collection purulente en rapport avec l'os iliaque. Ce dernier était nécrosé en partie et perforé; c'est par cette ouverture que le pus de la fosse iliaque interne avait pénétré dans la fosse iliaque externe, d'où il s'était écoulé par un trajet fistuleux ouvert à la fesse. Le pus de la fosse iliaque interne s'était également frayé un passage par la grande échancrure sciatique, pour venir s'écouler par une autre fistule.

Malgré cette suppuration intra-pelviennne, on n'a constaté aucun signe de péritonite, aucune altération des viscères de la cavité pelvienne. Enfin, l'engagement de la tête du fémur dans l'ouverture de la cavité cotyloïde n'a produit pendant la vie aucune déviation spéciale qui ait pu faire diagnostiquer la lésion.

**4. Pneumonie du sommet droit chez un alcoolique; endocardite ulcéreuse amenant rapidement une insuffisance aortique; méningite de la convexité, par M. DAROLLES, interne des hôpitaux.**

Arsal, Jean, âgé de 41 ans, journalier, entre le 15 avril 1874 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 54, (service de M. MORSSENET). — Il raconte que le 18 avril, il eut à supporter une pluie battante qui pénétra tous ses vêtements. Arrivé chez lui, il fut pris d'un frisson violent et prolongé, accompagné d'un point de côté à droite au-dessous du mamelon. Dès lors la respiration devint pénible, fréquente, et la toux qui apparut dès le lendemain fut très-douloureuse et suivie du rejet de crachats spumeux, mélangés de sang. A ces phénomènes divers s'ajoutèrent une fièvre intense et une céphalalgie violente qui l'empêchèrent de reprendre son travail. Pendant les douze premiers jours de sa maladie, il fut soigné chez lui; le traitement consista en purgatifs répétés et dans l'application d'un large vésicatoire sur le point douloureux.

Le malade raconte qu'il a déjà eu, du même côté, une pneumonie qui exigea vingt jours pour se résoudre. Il assure n'avoir jamais fait d'autres maladies sérieuses. et n'avoir jamais eu ni rhumatisme, ni syphilis, ni fièvre d'aucune espèce. Quant à ses antécédents hygiéniques, ils sont loin d'être satisfaisants. Cet homme est un grand buveur, il absorbe tous les jours trois litres de vin au minimum, et boit le matin deux ou trois petits verres d'eau-de vie en se rendant à son travail.

15 avril, soir. Le facies est vultueux et la coloration rouge du visage repose sur une légère teinte subictérique, qu'accuse

mieux encore l'inspection des sclérotiques. La respiration est fréquente et superficielle (48 Resp.) Point de côté à droite, moins intense que les jours précédents. Rétention d'urine qui dure depuis trois jours, c'est-à-dire depuis le moment de l'application du vésicatoire. La peau est chaude et sèche. Le pouls est fort, vibrant, fréquent. (110 puls.)

*Examen du thorax.* A gauche, sonorité normale ; à droite et en avant, submatité ; en arrière et au sommet, matité jusqu'à la fosse sous-épineuse ; sonorité normale dans le reste de l'étendue. Les vibrations thoraciques sont légèrement exagérées dans les points qui correspondent à la matité. L'auscultation révèle à gauche quelques rhonchus sonores ; à droite en avant, souffle profond ; râle crépitant. En arrière, souffle rude et aigre dans les fosses sus- et sous-épineuse ; râle crépitant pendant la toux ; bronchophonie. A la base, râles fins perceptibles aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration.

*Cœur.* Battements précipités ; bruits normaux.

*Le foie.* très-douloureux à la pression, dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses-côtes. Par le cathétérisme, on retire de la vessie environ trois litres d'une urine foncée en couleur, dans laquelle l'acide azotique décèle la présence d'une faible quantité de pigment biliaire.

16 avril. Pas de sommeil, délire léger ; toux fréquente ; quelques crachats sanglants et adhérents au fond du crachoir. Mêmes signes thoraciques que la veille. Le malade a uriné dans la nuit. *Traitement.* Potion avec 0,05 cent. de tartre stibié à prendre par cuillerées d'heure en heure. — Pectorale. — Bouillons et potages.

*Soir.* Pas de vomissements ; plusieurs selles diarrhéiques ; sueurs abondantes.

17 avril. Mêmes signes ; même état général.

18 avril. Souffle dans les fosses sus- et sous-épineuse sans râle crépitant ; en avant, râle crépitant P. 120 pulsations. *Traitement.* — Continuation de la potion stibiée ; vésicatoire au sommet droit.

19 avril. Le malade accuse un mieux sensible ; sueurs abondantes ; quelques crachats purulents, mélangés à des crachats spumeux. En arrière, le souffle s'accompagne de râles crépitants qui augmentent pendant la toux ; en avant, souffle et râles crépitants ; 72 pulsations. Même traitement.

20 avril. Il n'a pas dormi de la nuit ; un peu de délire. Le souffle persiste dans les mêmes points et avec la même intensité ; le râle crépitant est moins marqué. La douleur de côté est plus vive. 108 P. Même traitement.

21 avril. Même état que la veille.

*Soir.* Le malade se trouve beaucoup plus mal ; il a eu dans

la journée plusieurs selles diarrhéiques, et se sent très-oppressé. Sueurs fort abondantes. En avant et à droite, souffle et râles crépitants; en arrière et à droite, souffle dur dans les fosses sus- et sous-épineuse et au sommet de l'aisselle; râles crépitants, peu nombreux. P. 116.

22 avril. Délire pendant la nuit; persistance de la diarrhée; sueurs abondantes. Mêmes signes thoraciques. On perçoit quelques intermittences dans les battements du cœur; pas de bruit anormal; P. 116.

On supprime la potion stibiée, qu'on remplace par 200 grammes de café et par une potion contenant 4 gr. d'extrait de quinquina.

23 avril. Délire léger pendant la nuit. L'état général semble avoir empiré à la suite d'un refroidissement auquel le malade se serait exposé. Le souffle pulmonaire est moins rude et semble plus éloigné de l'oreille; quelques râles à la toux. Intermittences dans les bruits du cœur. P. 96. Peau moite.

24 avril. Sueurs abondantes pendant la nuit; délire léger; soit intense. En avant, la matité a disparu ainsi que le souffle. En arrière, souffle profond et quelques râles crépitants. Quelques intermittences dans les bruits du cœur, sans bruit anormal. Même traitement.

26 avril. Délire bruyant pendant la nuit. Tremblement continu des bras depuis la veille. Céphalalgie intense. Le malade se plaint de vives douleurs qu'il éprouve dans tout le côté droit du corps, et particulièrement au niveau des articulations. On ne constate pas de gonflement des jointures, mais il est facile de s'assurer qu'il existe de l'hyperesthésie cutanée.

Paralyse incomplète du mouvement du même côté. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

A l'examen du thorax, en avant, sonorité égale des deux côtés; on ne trouve plus ni souffle, ni râles; en arrière, résonnance égale dans les deux poumons. Au sommet droit, la respiration est légèrement soufflante. Intermittences dans les battements du cœur. Bruit de souffle très-rude à la base et au second temps.

*Traitement.* Cinq pilules de musc de 1 cent. Onctions de baume tranquille sur les parties malades.

*Soir.* L'agitation a été extrême durant toute la journée. Le malade se lève à plusieurs reprises et renverse tout ce qui se trouve auprès de lui; on est obligé de le maintenir avec la camisole de force. La face est injectée. Les bras sont le siège d'un tremblement continu. La respiration est bruyante et fréquente. Le malade prononce des mots incohérents et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La pression du

gante et les mouvements imprimés aux membres du côté droit arrachent des cris de douleur. La peau est très-chaude et recouverte de grosses gouttes de sueur. Le pouls est petit, accéléré, 120 puls. Les bruits pulmonaires sont masqués par des râles trachéaux. Au cœur, bruit de souffle rude à la base et au 2<sup>e</sup> temps. Les urines ne renferment pas d'albumine.

27 *avril*. Même état que la veille. *Soir*. Coma.

Le 28 *avril*, à 6 h. du matin, le malade meurt.

AUTOPSIE le 29 *avril*, 28 heures après la mort. Pas de lésions appréciables à la périphérie.

*Poumons*. Le sommet du poumon droit est d'une consistance assez ferme et crépite très-peu quand on le presse entre les doigts; la surface de coupe a une coloration uniformément ardoisée, d'où l'on ne voit s'échapper par aucun point de gouttelettes de pus; une mince tranche de poumon prise à ce niveau gagne péniblement le fond du vase. La base du poumon droit et le poumon gauche dans toute son étendue, sont un peu congestionnés.

*Cœur*. Plus d'épanchement dans le péricarde. Le feuillet viscéral présente deux taches rugueuses, de date ancienne, dont l'une, du diamètre d'une pièce de deux francs, est située à la base du cœur sur la face antérieure, et l'autre plus petite se trouve à la pointe. Le cœur a son volume normal; il est flasque; de l'eau versée dans l'aorte s'écoule par le ventricule gauche préalablement divisé. Une section dirigée suivant l'axe de l'aorte et intéressant à la fois l'orifice fibreux aortique et la paroi antérieure du ventricule gauche, laisse apercevoir une coloration d'un rouge intense, par plaques disséminées sur la première portion de l'aorte, qu'un lavage prolongé ne peut faire disparaître. Tout près de l'orifice fibreux, on trouve dans l'aorte des noyaux athéromateux calcifiés, qui donnent au toucher la sensation d'une surface hérissée d'épines. Le reste de l'aorte ne renferme que quelques plaques jaunes éparses. Mais les lésions les plus intéressantes occupent la valvule postérieure de l'orifice de l'aorte. Cette valvule est percée d'un orifice complet, limité de toutes parts par une couronne de petites végétations de la grosseur d'un grain de millet et de couleur gris-sale; ces végétations s'étendent à deux millimètres de la circonférence. Les deux autres valvules aortiques sont souples et ne sont le siège d'aucune production morbide; il en est de même de la valvule mitrale et des valvules du cœur droit. Les cavités étaient remplies de caillots agoniques.

*Foie* très-volumineux; stéatose très-avancée; pas d'infarctus. *Rale*, un peu augmentée de volume, légèrement dif-

fluente. *Reins*. Stéatose légère de la substance corticale ; pas d'infarctus. *Intestin* normal.

*Centres nerveux*. Environ 200 gr. de liquide dans la cavité arachnoïdienne. Injection très-prononcée des méninges. Plusieurs plaques purulentes jaunâtres disséminées à la convexité du cerveau, et des deux côtés, situées surtout le long des scissures qui séparent les circonvolutions ; au niveau de ces plaques, adhérences peu prononcées de la pie-mère à la substance cérébrale. Ces plaques sont constituées par un pus épais, parfaitement reconnaissable au microscope. Etat criblé de la substance cérébrale ; pas de ramollissement ; pas d'épanchement ventriculaire.

**5. Péritonite traumatique chez un chien, par  
M. BOCHEFONTAINE.**

Ce chien portait depuis longtemps une fistule gastrique, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, il fut pris de péritonite suraiguë. On a trouvé dans la cavité péritonéale 2 ou 3 litres de liquide, et dans ce liquide un certain nombre de grains qui sont constitués exclusivement par de la graisse et résultent évidemment d'une sorte de dissociation de l'épiploon. On trouve de plus un petit abcès dans l'épiploon. Dans le rein droit existait un kyste ancien.

M. CARVILLE. Je ferai remarquer que la présence de la canule n'avait occasionné aucun accident. Bien que la fistule datât de six mois, la muqueuse de l'estomac n'offre pas trace d'ulcération, ni aucune lésion appréciable. Il existe des adhérences très-solides qui fixaient complètement l'estomac à la paroi abdominale et la péritonite ne peut s'expliquer par la déchirure de ces adhérences. Mais si l'on considère que la canule est déformée, il semble bien plus rationnel d'assigner à la péritonite une origine traumatique.

**6. Tumeur congénitale de la voûte palatine, par M. CLÉRAULT,  
externe des hôpitaux (1).**

Madame X... de Lignéres (Cher), âgée de 28 ans, rachitique, contrefaite, accoucha à terme dans la nuit du 7 au 8 mars 1874. Le travail avait commencé de 7 à 8 heures du matin : le soir à 7 heures, les contractions utérines avaient cessé. Remplaçant alors mon père, je fus appelé à 4 heures du matin

---

(1) Dessin dans l'Album de la Société.



par la sage-femme qui assistait à l'accouchement. Je pus constater une présentation mento-pubienne et un rétrécissement du bassin (8 cent., 5); la tête n'avait pas dépassé le détroit supérieur.

Après évacuation du rectum et de la vessie, application de forceps assez laborieuse, assez douloureuse même (étant seul, je n'avais pu faire administrer de chloroforme). Après vingt minutes de traction environ, la tête apparut à la vulve, l'accouchement se termina alors rapidement, mais l'enfant vint asphyxié; il fut placé dans un bain de moutarde et après une demi-heure d'insufflation, de flagellation et de respiration artificielle, il commença à respirer, mais avec une certaine difficulté, due probablement à la présence dans la bouche d'une tumeur prise au premier abord pour la langue, dont elle avait la couleur et la consistance. Elle était cependant plus épaisse et l'extrémité antérieure faisait saillie entre les lèvres qu'elle écartait.

En examinant plus attentivement, je pus me convaincre que c'était non pas la langue, mais une véritable production pathologique adhérent à la partie moyenne de la voûte palatine par un pédicule oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

En soulevant la tumeur, on aperçoit le voile du palais divisé dans sa partie postérieure et sur la ligne médiane, mais il faut remarquer que la division n'arrive pas jusqu'au pédicule de la tumeur. Au niveau de l'insertion de ce pédicule, on sent une inégalité, une sorte de gouttière, due sans doute à un arrêt de développement de la voûte palatine; mais il n'existe ni communication avec les fosses nasales, ni traces de division de l'os incisif ou des lèvres.

Au-dessous de cette tumeur, on aperçoit la langue adhérente par toute sa face inférieure au plancher de la bouche; à la face supérieure de la langue existe une sorte de tubercule arrondi, de la grosseur d'une petite noisette et venant s'appliquer en arrière de la tumeur.

Les deux lèvres sont également adhérentes à la muqueuse gingivale, et d'une façon assez intime pour que leur décollement et celui de la langue exige à plusieurs reprises une véritable dissection avec le bistouri. À part ces difformités du côté de la bouche, l'enfant est parfaitement constitué. Depuis quelques mois, le père est atteint d'une tumeur blanche du genou, c'est le seul antécédent fâcheux que j'aie pu trouver dans la famille.

Cet enfant ne pouvant, ni prendre le sein, ni boire, il était urgent de le débarrasser de cette tumeur qui obstruait la bouche et de procéder au décollement de la langue et des lèvres. J'ai cherché à saisir le pédicule avec une anse métallique,

mais l'obliquité même de ce pédicule fit glisser le fil à plusieurs reprises. Je me décidai alors à faire la section avec le bistouri ; la tumeur saisie avec une érigne, le pédicule fut sectionné assez facilement au ras de la voûte palatine ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Après l'ablation de la tumeur, on remarqua une dépression assez légère entre les deux moitiés de la voûte ; mais il n'existait, je le répète, aucune communication avec les fosses nasales. La cicatrisation fut rapide et ne présenta rien de particulier.

Aujourd'hui, la langue et les lèvres sont mobiles, l'enfant prend bien le sein ; mais n'existera-t-il pas plus tard un certain embarras de la parole ?

*Description de la tumeur.* — Elle est bilobée dans sa partie inférieure, rosée, couverte de poils soyeux, beaucoup plus développés sur le lobe gauche, aplatie d'avant en arrière, ayant à peu près 1 cent., 5 d'épaisseur, 6 centimètres de largeur et autant de hauteur ; le pédicule a la même épaisseur et entre au moins pour 1 centimètre dans la hauteur. Le plus grand diamètre est placé transversalement dans la bouche, la direction générale est oblique d'arrière en avant, le pédicule étant inséré sur la voûte palatine et la partie antérieure de la tumeur faisant saillie par la bouche entr'ouverte. Elle est molle dans toute son étendue ; sur le côté droit du pédicule, on voit un appendice charnu de la grosseur d'une plume d'oie et d'une longueur de 2 centimètres environ. Il paraît recouvert d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale dont il a la couleur.

Sur une coupe faite transversalement suivant le grand diamètre, on constate que cette tumeur est constituée par un tissu cellulaire contenant de la graisse en abondance. Au centre du pédicule, on aperçoit un gros faisceau fibreux, rougeâtre, dont les fibres se dissocient et s'en vont en divergeant vers toute la périphérie de la tumeur jusqu'où l'on peut les suivre sous forme de stries très-fines. A la surface on voit la section d'une membrane, tout à fait analogue à la peau, mais beaucoup plus mince ; au centre on aperçoit un gros vaisseau.

A l'examen histologique, on reconnaît que la superficie de la tumeur est formée par une enveloppe qui a tous les caractères de la peau ; on y rencontre un épiderme assez mince, et la couche muqueuse de Malpighi existe à peine ; il y a absence complète de papilles vasculaires ou nerveuses. Au-dessous, se trouvent de petits poils avec des glandes sébacées volumineuses qui leur sont annexées. Le derme est formé de faisceaux fibreux assez épais, entrecroisés dans tous les sens. La masse de la tumeur est formée d'un tissu cellulo-adipeux, absolument semblable au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-

dire qu'il est composé comme lui de lobules adipeux circonscrits par des travées fibreuses. Le faisceau fibreux central qui s'épanouit en stries divergentes vers la périphérie, est formé de faisceaux de fibres musculaires *striées*. Sur des coupes parallèles à ces fibres, on reconnaît que les faisceaux sont peu distincts les uns des autres et ne sont pas séparés par une enveloppe conjonctive (pérимysium) bien nette. Les fibres elles-mêmes sont volumineuses et pourvues de stries caractéristiques; sur des coupes transversales, la diffusion des faisceaux s'accuse encore davantage. On peut suivre les fibres musculaires jusqu'au voisinage du derme où on les perd complètement. Le petit appendice charnu est absolument semblable à un polype fibro-muqueux. Son centre est formé de faisceaux de tissu conjonctif lâche et à la surface existe une muqueuse semblable à la muqueuse buccale. Il renferme en outre de nombreux vaisseaux.

RÉFLEXIONS. — Cette tumeur paraît intéressante à un double point de vue : Au point de vue pratique et opératoire à cause de sa forme, des difficultés que présentait l'ablation et du siège extraordinaire qu'elle occupait; enfin au point de vue de sa structure. Nous avons insisté dans l'observation sur l'urgence de l'opération et les difficultés qu'elle a présentées.

D'un autre côté, il est assez singulier de voir une tumeur cutanée, se développer sur la partie moyenne de la voûte palatine et surtout de trouver dans son centre un gros faisceau de fibres musculaire *striées* dont l'anatomie normale ne nous a jamais signalé la présence dans cette partie de la voûte palatine. Cette tumeur provenait-elle en avant de l'os incisif? C'est peu probable puisque celui-ci existait et que la partie antérieure de la bouche était bien conformée. Serait ce une tumeur venue des fosses nasales et étranglée à sa base par le rapprochement et la soudure des deux moitiés de la voûte palatine? Nous ne voyons pas quelle partie des fosses nasales pourrait donner lieu à la formation d'une tumeur revêtue d'un feuillet cutané et renfermant dans son centre des fibres striées. Une troisième hypothèse se présente à l'esprit : cette tumeur aurait-elle eu son origine dans le voile du palais? Il est vrai qu'on y trouve des fibres musculaires striées, mais comment expliquer la présence de la peau qui recouvre la tumeur? Et d'ailleurs le pédicule naissait de la voûte palatine beaucoup plus en avant, et était séparé du voile du palais par une portion de la voûte d'un centimètre de longueur environ.

Nous avons recherché dans les auteurs, afin de savoir s'il existait dans la science, des faits pathologiques semblables; nous n'en avons pas trouvé.

**Elections.**

Après un tour de scrutin, sont nommés *membres adjoints* de la Société : MM. BUDIN, PINARD, STOICESCO.

---

*Séance du 8 Mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**7. Squirrhe atrophique du sein; noyaux cancéreux secondaires dans le corps de l'utérus; pleurésie;** par M. HUTINEL, interne des hôpitaux.

Le 16 avril 1874, X..., âgée de 62 ans, entre à la Charité (service de M. BOURDON), salle Saint-Basile, n° 6.

Cette femme, pâle, amaigrie, d'aspect cachectique, raconte qu'il y a environ quinze ans, elle se fit au sein gauche une brûlure profonde; jusque-là rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires. La cicatrice qui recouvrit cette brûlure se forma lentement, puis elle se rétracta graduellement, attira le mamelon vers l'aisselle, et appliqua fortement le sein déformé sur la paroi thoracique. De petites ulcérations se montrèrent ensuite sur ce tissu induré et d'ailleurs totalement indolore, elles se recouvrirent de croûtes que la malade enlevait fréquemment, et qui se reproduisaient. La ménopause se fit sans accidents, et il n'y eut depuis ce moment ni pertes sanglantes, ni écoulement leucorrhéique. Dans ces dernières années, les urines étaient abondantes, la soif vive, et un médecin trouva à plusieurs reprises du sucre dans l'urine. Il y a trois mois, parut une pleurésie à forme subaiguë, qui produisit un épanchement assez notable à gauche. Des douleurs abdominales, du ballonnement du ventre, survinrent quelques jours après, mais durèrent peu. On appliqua plusieurs vésicatoires sur le thorax; l'épanchement sembla d'abord diminuer, puis il augmenta et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

**17 avril.** Ce qui frappe tout d'abord, outre l'air cachectique de cette femme et la sécheresse de la peau, c'est la présence

au niveau du sein gauche d'une déformation très-notable de la poitrine : la mamelle a presque complètement disparu, pour faire place à une tumeur bosselée, dure, irrégulière, fortement adhérente aux parties sous-jacentes, bordée par une surface rouge formant relief sur les parties voisines, et semblant tirer énergiquement sur les téguments du cou, de la poitrine et de l'aisselle par des brides saillantes. Le thorax semble un peu aplati et rétréci de ce côté ; la surface malade ne fait pas un relief très-considérable, c'est plutôt une plaque dure et indolore qu'une tumeur, la sensibilité tactile est conservée à ce niveau. Le bord antérieur de l'aisselle reçoit un prolongement qui l'épaissit et le déforme. Au creux épigastrique, au-dessus de l'aîne droite, à l'hypochondre droit, au-dessus de la clavicule gauche, on trouve dans la peau plusieurs noyaux durs de même nature que la tumeur du sein, qui semble être un *squirrhe atrophique*.

Le cœur est un peu dévié vers la droite, ses bruits sont normaux. Le côté gauche du thorax est mat en avant dans toute la hauteur, et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate ; le côté droit résonne d'une façon exagérée. Absence du bruit respiratoire en avant et à gauche, souffle doux dans l'aisselle de ce côté. Souffle sourd, au tiers supérieur du poumon gauche en arrière, avec *broncho-égophonie* ; absence du bruit respiratoire en bas ; vibrations thoraciques nulles de ce côté, un peu appréciables en avant. La respiration est puérile dans toute l'étendue du poumon droit. Expectoration presque nulle, sans caractères. Oppression assez notable. Pas de fièvre. Un peu d'inappétence ; parfois des nausées et un peu de ballonnement du ventre après le repas. Pas de tumeur à l'épigastre. Le foie n'est pas augmenté de volume. On trouve un peu de sucre dans l'urine ; pas d'albumine. Les jambes sont œdématisées depuis quinze jours environ et l'œdème remonte jusqu'au rebord costal. Pas de liquide dans l'abdomen.

20 *avril*. L'œdème des jambes a notablement diminué, Les signes de l'épanchement pleurétique sont peu modifiés.

23 *avril*. La malade est oppressée, abattue. On entend des râles assez nombreux dans le poumon droit : l'épanchement du côté gauche a plutôt augmenté que diminué.

Le *soir*, la poitrine est remplie de rhonchus humides, la malade est très-oppressée, la respiration est lente et fréquente, il y a un commencement de cyanose, les mains sont froides. P. 90, petit, filiforme ; les réponses sont lentes, mais assez nettes. — La mort a lieu dans la nuit.

AUTOPSIE. Rien dans la cavité crânienne.

La plèvre droite est libre ; pas d'adhérences, pas d'épanchement. Le poumon de ce côté est très-fortement congestionné

et œdémateux, il ne présente aucune trace de tubercules. La plèvre gauche est occupée par une sérosité citrine transparente, non teintée de sang (un litre et demi environ). Le poulmon, gros comme le poing, est ratatiné vers le hile, il tient cependant par des adhérences assez faibles à la partie supérieure et postérieure de sa loge. Il ne contient aucun noyau cancéreux ou tuberculeux et semble parfaitement sain. L'épanchement s'explique assez bien par la présence sur la portion de plèvre qui correspond à la tumeur du sein d'un épaississement notable formant une plaque rosée, mal limitée, un peu mamelonnée à sa surface. Le microscope démontre dans cet épaississement la structure caractéristique du squirrhe, de même que dans la tumeur du sein.

Le cœur est petit et flasque ; ses valvules sont saines. Le foie est un peu grasseux ; reins légèrement congestionnés. La rate est normale. Des taches nombreuses sur le mésentère et les anses intestinales sont des traces d'une ancienne poussée inflammatoire du côté du péritoine. Pas de cancer dans le tube digestif.

L'utérus est irrégulier et présente des taches grisâtres. Les ovaires sont volumineux, durs, et présentent chacun un kyste du volume d'un petit œuf. Leur stroma contient de petites excavations kystiques. Les trompes sont saines. En examinant l'utérus avec soin, on remarque que son corps est parsemé d'irrégularités, et en le fendant on tombe sur des noyaux arrondis, durs, d'aspect carcinomateux, qui occupent le fond de l'organe et sa paroi antérieure. La structure de ces tumeurs est celle du squirrhe ; seulement ici, les cellules sont plus nombreuses que dans la tumeur du sein.

Ces noyaux sont au nombre de quatre. Le plus gros est situé à droite ; il a le volume d'une noix et il fait sur le fond de l'organe une saillie très-notable. Les autres ont le volume d'un gros pois ou d'une noisette ; ils sont disséminés dans le parenchyme de l'organe avec lequel ils font corps. Le col et la cavité de l'utérus ne présentent absolument rien d'anormal.

**RÉFLEXIONS.** On trouve dans cette observation deux choses : 1° L'existence d'une pleurésie dont le développement a suivi l'extension à la plèvre d'une production néoplasique née à l'extérieur du thorax. (Cette pleurésie d'ailleurs ne s'est pas accompagnée de généralisation à toute la séreuse, de l'élément carcinomateux).

2° On constate la présence dans l'utérus de tumeurs qui paraissent s'y être développées secondairement. Rien dans les antécédents de la malade ne peut faire croire que ces noyaux aient préexisté à la tumeur du sein, tandis que la régularité de la ménopause, l'absence de tout écoulement vaginal, et de

tout symptôme de ce côté, la forme même et le nombre des tumeurs, semblent démontrer que l'utérus n'a été envahi que secondairement.

Ce fait est curieux à relater, parce que l'utérus est un des organes qui sont le plus rarement envahis *secondairement* par le cancer.

**8. Otite ancienne compliquée d'abcès du cervelet, par M. P.**

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, interne des hôpitaux.

Le nommé Vignera, âgé de 20 ans, de très-vigoureuse constitution, sans aucun antécédent scrofuleux, entre le 15 avril à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 1 (Service de M. PANAS). Cet homme se plaint depuis quelques jours de malaise et de céphalalgie avec vertiges, et présente aussi un écoulement purulent de l'oreille dont il paraît ne pas se préoccuper beaucoup ; cet écoulement qui siège à l'oreille droite, date de l'enfance ; le malade n'en souffre que de temps en temps, tous les mois à peu près ; il est complètement sourd de ce côté. A l'examen otoscopique, on constate seulement un épaississement considérable de la muqueuse, qui empêche de bien voir les parties profondes. En dehors de cela, excellente santé habituelle ; on fait le diagnostic suivant : otite externe et moyenne avec propagation dans l'oreille interne.

Dans la nuit qui suit son entrée, le malade est pris de vomissements fréquents, et la douleur de tête augmente beaucoup sans qu'il puisse la localiser. *Prescr.* Sulfate de quinine ; application de sangsues, injections tièdes dans l'oreille, narcotiques.

17 avril. L'état est à peu près le même, sans aggravation apparente : les vomissements sont moins fréquents ; les douleurs de tête sont toujours très-violentes.

18 avril. L'état est plus grave ; le malade répond encore assez bien aux questions qu'on lui pose, mais il présente un certain degré de stupeur ; il se retourne continuellement dans son lit ; les extrémités sont froides, T. A. 37° ; P. 56. Il n'y a pas de paralysie des membres, ni d'anesthésie, pas de paralysie des nerfs moteurs de l'œil ; cependant il semble que les yeux se portent plus difficilement du côté gauche ; pas de paralysie faciale. M. Panas, se fondant sur la gravité de l'état du malade, en l'absence de fièvre, d'agitation vive, de contracture, de paralysie, diagnostique un abcès du cerveau.

Après être resté dans le même état une partie de la journée, le malade meurt presque subitement après avoir présenté pendant quelques instants une cyanose intense avec les signes de l'asphyxie.

**AUTOPSIE.** Congestion intense des méninges à la face convexe des hémisphères. Au moment où on enlève l'encéphale, il s'ouvre, à la face inférieure du lobe droit du cervelet, un abcès dont le volume peut être évalué à un petit œuf de poule; le pus qui s'écoule est verdâtre et fétide. Cet abcès, dont la cavité est bien limitée, siège à peu près au centre du lobe et est séparé des méninges par une épaisseur de tissu assez considérable; il n'y a d'ailleurs aucune adhérence entre le cervelet et la fosse occipitale, et la dure-mère à ce niveau paraît saine; elle se détache facilement du rocher: en somme on ne trouve pas de continuité entre la lésion de l'oreille et celle du cerveau. Du côté du rocher, on trouve une suppuration complète de l'oreille externe et moyenne ainsi que des cellules mastoïdiennes avec destruction des organes que ces parties renferment. Le vestibule et le limaçon renferment aussi du pus; les canaux semi-circulaires sont moins lésés, la portion pyramidale elle-même présente les lésions qui siègent surtout à sa face antéro-supérieure. Tous les autres organes sont parfaitement sains.

**9. Hémoptysie mortelle survenue dans le cours d'une phthisie pulmonaire; à l'autopsie, anévrysme développé aux dépens d'une des branches de l'artère pulmonaire, et rompu dans une caverne, par M. H. RENDU, interne des hôpitaux. (Voir le dessin dans l'Album de la Société.)**

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. POTAIN, à l'hôpital Necker, sur une femme de 37 ans, atteinte de phthisie pulmonaire. Cette malade, d'une santé primitivement bonne, mais de race tuberculeuse du côté paternel, avait commencé à tousser au mois d'avril 1873; elle eut à cette époque plusieurs hémoptysies, qui se reproduisirent, sans jamais présenter de gravité spéciale, dans les mois de mai et de juin.

L'affection, à partir de cette époque, marcha lentement, mais d'une manière continue; lorsque la malade vint se faire soigner à l'hôpital, le poumon gauche présentait des lésions fort avancées, et le poumon droit commençait à se prendre. On entendait sous la clavicule gauche un souffle caverneux et tubaire, accompagné de râles muqueux et de gargouillement: au sommet du poumon droit, de l'expiration prolongée et des râles sous-crépitaux.

Indépendamment des lésions pulmonaires, on constata que les battements du cœur étaient forts et précipités: le premier bruit cardiaque était sourd et prolongé, on admit l'existence d'une dilatation cardiaque, sans insuffisance tricuspидienne.

La malade, pendant le séjour qu'elle fit à l'hôpital, offrit tou-



jours les mêmes symptômes, qui allèrent s'accusant de plus en plus. Toutefois bien que l'issue prochaine de la maladie ne fût pas douteuse, aucun phénomène ne faisait prévoir une terminaison immédiate, et l'état général était même moins mauvais qu'au début, lorsque survint, dans la nuit du 1<sup>er</sup> mai, une hémoptysie qui s'annonça par une sensation d'étouffement et fut suivie de sueurs profuses. — Bien que la quantité de sang rejeté fut peu abondante, puisqu'elle ne dépassa pas un demi-verre, l'affaiblissement causé par cet accident fut extrême. Pendant 24 heures, les crachats qui furent expulsés gardèrent la teinte violacée, sanguinolente que donne le mélange du sang avec le pus; ce jour là, l'expectoration fut excessive.

Le 3 mai, dans la matinée, la malade fut prise d'une excessive dyspnée: elle se cyanosa rapidement, les extrémités se refroidirent, les battements du cœur devinrent tumultueux et irréguliers, et la mort arriva quarante-huit heures après le début de l'hémoptysie.

AUTOPSIE, le 5 mai. Les organes thoraciques sont seuls examinés.

Dans la portion centrale du lobe supérieur du poumon gauche, on trouve une excavation aufractueuse, de moyenne grandeur, formée par la réunion de plusieurs petites cavités secondaires, et tapissée par des mucosités sanguinolentes. En disséquant la caverne avec soin, on ne tarde pas à se rendre compte de la cause déterminante de l'hémoptysie. Effectivement, sur la partie postérieure de l'excavation, se dessine une petite masse cylindrique, ovoïde, de deux centimètres environ de longueur. Cette petite masse présente exactement l'aspect et le relief d'une grosse artère injectée dont les parois seraient considérablement épaissies. Elle a environ le diamètre de l'artère brachiale. Il est évident que c'est la rupture de cette dilatation vasculaire qui a déterminé l'hémoptysie; car du bout supérieur de ce vaisseau se détache un petit caillot noirâtre, adhérent à l'artère par l'une de ses extrémités, flottant dans la caverne par son extrémité opposée.

En cherchant à circonscrire l'anévrysme pour bien en préciser les rapports, il est facile de s'assurer qu'il est formé aux dépens d'un vaisseau qui rampe parallèlement à la surface de la caverne et lui est intimement adhérent dans presque toute sa longueur. Cet anévrysme est rempli presque totalement par des coagulations fibrineuses en partie décolorées. En l'incisant sur la ligne médiane, de façon à permettre l'introduction d'un stylet dans l'intérieur de sa cavité, on voit qu'il se continue directement avec un rameau de l'artère pulmonaire de la grosseur de l'artère cubitale environ. En un mot, il s'agit là d'un de ces anévrysmes pariétaux formés dans l'in-

térieur des cavernes aux dépens de l'artère pulmonaire, et qui, signalés d'abord par Rasmussen, ont fait l'objet de plusieurs communications intéressantes l'an dernier à la Société Anatomique. La paroi externe de cet anévrysme, en contact avec le pus de la caverne, a subi un épaississement inflammatoire et en même temps une transformation embryonnaire et régressive qui a facilité sa rupture. Effectivement, à première vue elle n'est pas lisse et polie, mais inégale et tomenteuse, comme le reste de la paroi de l'excavation.

L'examen microscopique montre une diminution du nombre des fibres élastiques, qui sont comme dissociées et pénétrées de nouveaux éléments cellulaires : la portion la plus externe de la tunique artérielle est convertie en tissu de bourgeons charnus, tendant à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Le reste du poumon présente, à différents degrés, les lésions de la phthisie. Le lobe supérieur tout entier et une partie du lobe inférieur, est hépatisé, en partie transformé en matière caséeuse. De nombreuses granulations à tous les degrés possibles d'évolution, parsèment le parenchyme pulmonaire.

Le cœur est volumineux, notablement hypertrophié, mais sans insuffisance valvulaire. Les quatre cavités sont distendues par des caillots récents, ainsi que l'aorte et l'artère pulmonaire.

Le feuillet fibreux du péricarde est rempli de granulations tuberculeuses et relié par des adhérences à la plèvre viscérale gauche.

M. DEBOVE. J'ai fait l'examen histologique de l'anévrysme présenté au mois de décembre par M. Sevestre, et j'ai constaté les lésions que l'on a déjà signalées dans les cas de ce genre : A une petite distance de la dilatation, la paroi du vaisseau était absolument saine ; puis, en se rapprochant du point malade, on trouvait les lésions de l'endartérite et de la périartérite ; enfin au niveau de l'anévrysme lui-même, la paroi vasculaire présentait les caractères du tissu embryonnaire ; la tunique élastique était en voie de résorption.

**10. Méningite cérébro-spinale tuberculeuse ; Tuberculose généralisée, par M. HUTINEL, interne des hôpitaux.**

Le nommé Louvel Dominique, âgé de 37 ans, entre le 24 avril 1874, à la Charité, (service de M. BOURDON), salle Saint-Louis, n° 27.

Cet homme avoue des excès alcooliques nombreux. Il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans ; soigné pendant assez longtemps

par Cullerier, il n'a vu paraître depuis lors aucune manifestation syphilitique.

Au mois d'octobre 1873, il fut atteint d'une pleurésie qui occupa le côté droit et fut traitée par les vésicatoires; il garda le lit pendant deux mois, et conserva ensuite un affaiblissement qui lui rendit, jusqu'au mois de mars, tout travail impossible. Sans tousser beaucoup, il avait la respiration gênée, s'essouffait facilement, et dépérissait de jour en jour; il crachait peu; les sueurs nocturnes étaient abondantes; pas de diarrhée; digestions lentes, pénibles, mais pas de vomissements.

Quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, il essayait de travailler, quand il fut pris subitement, mais sans perte de connaissance, d'un affaiblissement tel du membre supérieur gauche, qu'il laissa tomber l'instrument qu'il tenait à la main. En même temps sa jambe gauche fléchissait sous lui, sa face se déviait vers la droite, et il était obligé de prendre une voiture pour rentrer chez lui. Ces troubles de la motilité diminuèrent rapidement, car cinq ou six heures après leur apparition, il put sortir pour faire une commission, mais il lui fut alors impossible de dire ce qu'il venait chercher. Il avait déjà eu, au dire de sa femme, des moments d'excitation et des bizarreries de caractère, de sorte qu'il n'attacha pas beaucoup d'importance à ces phénomènes.

Il lui resta cependant, à partir de ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, un affaiblissement très notable de toute la moitié gauche du corps. Ce qui le décida à se faire soigner, ce fut l'apparition de douleurs vives dans les jambes et dans la tête, douleurs survenant par poussées, aussi bien le jour que la nuit, et sans localisation bien précise. Pas de vomissements au moment de ces douleurs, constipation opiniâtre.

25 avril. Le malade, amaigri, a le teint bronzé, la mine cachectique; la peau est chaude et moite, les pommettes sont un peu rouges, la toux est rare, pas d'expectoration, pas de douleurs dans les parois thoraciques. Quelques craquements secs au sommet du poumon gauche, submatité vers le tiers supérieur du poumon droit en arrière; à ce niveau, souffle profond à timbre un peu creux, pas de gargouillements. On hésite un moment pour savoir s'il y a là une caverne ou une hépatisation du sommet du poumon, mais on se range finalement à cette dernière opinion.

Rien au cœur. Pouls régulier, un peu fréquent; 80 pulsations. Langue sale, un peu poisseuse; inappétence; constipation. Un peu de sensibilité de l'abdomen, surtout vers la partie inférieure, pas de ballonnement. Le foie et la rate n'ont pas un volume exagéré. Miction facile, pas d'albumine dans l'u-

rine. Affaiblissement très-notable de la motilité dans tout le côté gauche. La pupille, de ce côté, est dilatée et paresseuse. La vue est un peu affaiblie. Il y a des bourdonnements d'oreilles et des vertiges. La sensibilité est partout conservée; dans les membres inférieurs, les mouvements réflexes sont énergiques. La paralysie est actuellement moindre, dit le malade, que dans les jours qui suivirent immédiatement son apparition.

La tête est le siège de douleurs sus-orbitaires, très vives. Les membres inférieurs demi-fléchis, sont également très-douloureux au niveau des genoux et des malléoles. La palpation et la pression n'exagèrent pas notablement ces douleurs. Il n'y a pas d'épanchement articulaire, pas de localisation bien nette des douleurs, pas d'irrégularité des tibias; les souffrances ont presque le caractère des douleurs fulgurantes, elles s'accompagnent de crampes fréquentes et de soubresauts des tendons. On pense à des douleurs de cause spinale, et on administre le bromure de potassium.

Les jours suivants, la fièvre s'accroît, les soubresauts des tendons et l'excitabilité réflexe augmentent; les douleurs diminuent légèrement; il y a un peu d'agitation.

30 avril. Les membres inférieurs se meuvent avec beaucoup de difficulté. Incontinence d'urine, la vessie se vide bien. Le plus léger contact, sur les membres inférieurs et le long de la colonne vertébrale, provoque des mouvements douloureux semblables, par leur brusquerie, à des secousses électriques. L'état général est devenu très-grave.

1<sup>er</sup> et 2 mai. Prostration, coma vigil. Le ventre se ballonne et devient douloureux, la peau est chaude et moite. Les pupilles sont très inégales. Tous les mouvements sont douloureux.

3 mai. Les mouvements des jambes sont très lents et très pénibles, même sous l'influence des excitations; cependant il n'y a pas de paralysie vraie.

4 mai. Affaïssissement considérable, commencement d'escarre au sacrum, incontinence de l'urine et des matières fécales.

5 mai. Etat général déplorable.

6 mai. Le malade est à l'agonie, il meurt à 8 heures du soir.

AUTOPSIE. Le poumon droit est adhérent dans presque toute son étendue, et ne s'enlève que très-difficilement. Il est criblé de granulations tuberculeuses. Au sommet de l'organe, on trouve une induration très-étendue, avec des myriades de granulations, mais pas de cavernes. Le poumon gauche, énormément congestionné comme le poumon droit, est également criblé de tubercules. La plèvre viscérale est parsemée

de granulations tuberculeuses, qui font relief à sa surface. Quelques points de ramollissement anciens, au sommet de ce poumon. — Le cœur est parfaitement sain. Il contient un sang noirâtre et fluide.

Les organes contenus dans l'abdomen adhérent les uns aux autres, mais faiblement. Le grand épiploon est semé de granulations que l'on voit parfaitement par transparence; la tunique séreuse de l'intestin présente aussi de nombreux tubercules. Sur le péritoine pariétal, on voit une très-grande quantité de taches pigmentaires offrant à leur centre un point blanc. M. Cornil fait remarquer que ces points blancs ne sont autre chose que des granulations tuberculeuses. Le péritoine qui recouvre la face postérieure et le sommet de la vessie est relativement peu malade. Pas d'adhérences à ce niveau. La vessie ne contient qu'une faible quantité d'urine.

Les reins congestionnés laissent voir à leur surface, quand on les décortique, plusieurs granulations assez volumineuses.

Le foie adhère assez intimement aux parties voisines. Sa surface est criblée de petits grains demi-transparents, très-nombreux, de nature tuberculeuse.

A l'ouverture du crâne, il s'écoule une quantité de sang plus grande que de coutume. Sur la face convexe du cerveau, les méninges sont épaissies, rouges, semées de granulations. Quand on essaie de décoller la pie-mère, on enlève en certains points de petites lames de la pulpe cérébrale. Sur les pédoncules cérébraux, surtout à droite, des masses rougeâtres épaisses, granuleuses, étreignent la substance nerveuse. Lorsque ces masses sont enlevées (et elles se détachent assez facilement), on ne constate pas à ce niveau d'altération de la substance des pédoncules ou de la protubérance. Dans les scissures de Sylvius, la pie-mère épaissie est recouverte par des granulations tuberculeuses, en nombre considérable. On fait sur le cerveau de nombreuses coupes, on divise la substance cérébrale en minces feuillets, sans pouvoir trouver un foyer limité d'hémorrhagie ou de ramollissement. On examine avec beaucoup de soin les couches optiques, les corps striés, la protubérance, le bulbe, sans rien trouver. Le pédoncule cérébral droit, au point où il semblait comprimé, paraît être un peu plus mou à sa surface que celui du côté gauche.

L'ouverture du canal rachidien donne issue à une forte proportion de sang noir. La moëlle est enlevée assez facilement, et après l'incision de la dure-mère, on trouve sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde (face interne de la dure-mère), un petit piqueté granuleux, surtout apparent quand on examine la pièce obliquement, éclairée par le soleil. Ces points correspondent à de petites saillies formées par des granula-

tions tuberculeuses. Sur la moëlle, encore revêtue de la pie-mère et de l'arachnoïde, on observe de nombreuses taches blanchâtres irrégulières, masquant en plusieurs points l'origine des racines nerveuses et les vaisseaux de la moëlle. En les examinant de près, on voit que ces taches sont constituées, en partie, par des exsudats fibrineux se détachant assez facilement. On distingue aussi des granulations tuberculeuses, en nombre assez considérable. Ces taches méningitiques sont abondantes surtout à la face postérieure de la moëlle, au niveau du renflement cervical et au niveau du renflement lombaire. Celles qui existent à la face antérieure sont moins étendues et moins épaisses. On voit des granulations sur les ligaments dentelés, et on en aperçoit quelques-unes entre les nerfs de la queue de cheval.

Ces lésions nombreuses et caractéristiques des méninges rachidiennes semblent suffisantes pour expliquer les troubles de la sensibilité et du mouvement, qu'on a observés dans les trois dernières semaines de la vie.

**11. Tubercules du corvœlet; tuberculose aiguë généralisée,**  
par M. E. DEMANGE, interne des hôpitaux.

Albert, Frédéric, âgé de 7 ans, entre le 17 janvier 1874 à la salle St-Jean, n° 42, (service de M. LABRIC). C'est un enfant chétif, malingre, qui a été rachitique dans son jeune âge; néanmoins il n'a pas fait, au dire de ses parents, de maladies graves.

Depuis trois semaines il se plaint d'une céphalalgie frontale persistante et continue; en même temps, sont survenus des vomissements alimentaires presque quotidiens; les selles sont régulières; l'enfant n'a pas de fièvre à son entrée à l'hôpital, le pouls est normal, régulier; on constate une dilatation persistante des deux pupilles; pas de strabisme. Il tousse un peu, et l'examen de la poitrine fait reconnaître de la submatité à la base du poumon gauche; la respiration s'y entend mal; on perçoit quelques râles sous-crépitaux à grosses bulles; rien au cœur.

22 février. Les vomissements qui avaient cessé reprennent avec la céphalalgie; après avoir pris du semen-contra, l'enfant ne rend pas de vers intestinaux.

Depuis cette époque, les vomissements persistent; ils surviennent tous les deux ou trois jours, quelquefois plusieurs jours de suite pour cesser pendant 5 ou 6 jours, puis reprennent malgré les médications employées (Bromure; Ether). L'état général est assez bon; l'enfant mange, mais vomit le plus souvent aussitôt après son repas.

Le 23 *mars*, une épidémie d'oreillons sévit dans la salle, le petit malade est atteint d'un oreillon double qui a disparu après une quinzaine de jours.

Le 2 *avril*, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents ; la constipation est opiniâtre ; l'enfant ne va à la garde-robe qu'avec des lavements purgatifs. Il maigrit beaucoup, perd ses forces et ne quitte plus le lit ; presque tous les soirs il a des accès de fièvre ; la céphalalgie est assez forte pour lui faire pousser des cris ; le pouls reste régulier.

Le 15 *avril*, strabisme convergent ; quelques râles disséminés dans la poitrine. L'enfant s'affaiblit tous les jours, sans qu'aucun symptôme nouveau apparaisse ; pas de convulsions ; les vomissements surviennent tous les jours ; fièvre tous les soirs ; sueurs, amaigrissement.

Le 30 *avril soir*, l'enfant refuse de manger ; mort dans la nuit par syncope.

AUTOPSIE, 14 heures après la mort.

*Encéphale.* A l'ouverture de la cavité crânienne, on remarque une congestion assez intense des méninges ; les tissus sont gorgés de sang noir ; il n'y a pas d'adhérences ni de fausses-membranes à la surface de la pie-mère ; un peu d'œdème méningé. En enlevant l'encéphale, on met à découvert, à la surface inférieure de la partie gauche de la tente du cervelet, une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui reste adhérente à la dure-mère ; elle s'est creusé une loge dans l'épaisseur des circonvolutions de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cervelet ; celles-ci sont dissociées, et quelques portions de tissu cérébral restent adhérentes à la tumeur. Elle est assez dure et presque sphérique, aplatie sur sa base d'implantation à la dure-mère. Les hémisphères cérébelleux renferment chacun 7 ou 8 noyaux analogues au précédent ; ils sont situés dans les couches grises superficielles, leur grosseur varie de celle d'une petite noix à celle d'un gros pois. A la coupe, ces tumeurs sont assez dures, d'un aspect jaunâtre, caséeux ; leur contour mal dessiné se continue avec la substance cérébelleuse. Toutes les autres parties de l'encéphale, examinées avec soin, sont parfaitement saines. On ne trouve en aucun point de granulations sur les méninges.

Les *poumons* sont remplis de granulations grises semi-transparentes ; sur la plèvre elles sont abondantes surtout sur la face supérieure du diaphragme. Le cœur et les gros vaisseaux sont sains. Le *foie*, la *rate* sont farcis de granulations grises semi-transparentes ; les *reins* en présentent quelques-unes sous la capsule ; les *intestins* sont criblés de tubercules sous-séreux et sous-muqueux ; il n'y pas d'ulcérations.

**12. Carcinome mélanique de la joue droite, par M. E. SCHWARTZ,**  
interne des hôpitaux.

B. âgé de 74 ans, entre à la Maison Municipale de Santé (service de M. DEMARQUAY) pour se faire enlever une tumeur de la joue droite. Pas d'antécédents cancéreux dans la famille. La tumeur a débuté il y a 4 ans au niveau du sillon nasogénien par un petit bouton qui a grossi peu à peu, et s'est ensuite ulcéré. Il y a un an, la tumeur présentait le volume d'une noisette; depuis cette époque, elle a rapidement augmenté, est maintenant grosse comme une noix, formée par trois bourgeons dont les interstices sont ulcérés; elle est noirâtre, recouverte d'une sorte d'écaille qui se détache facilement en donnant lieu à un écoulement de sang. Large base d'implantation sur la peau, sans adhérence aux parties profondes. L'œil correspondant est atteint de conjonctivite. L'état général, sauf un léger amaigrissement depuis peu de temps, est très-bon. La tumeur est enlevée le 18 avril. Dix jours après, le malade sort, complètement guéri.

La tumeur est un *carcinome mélanique*, (examen fait par M. Ranvier).

Ce fait est intéressant par la lenteur de développement d'une tumeur qui, dans le plus grand nombre des cas, se généralise très-rapidement. Peut-être le grand âge du malade n'est-il pas étranger à la lenteur de l'évolution de la maladie?

---

*Séance du 15 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**13. Note sur l'état du système nerveux sympathique dans un cas d'atrophie musculaire progressive et dans un cas de sclérose primitive et symétrique des cordons latéraux de la moëlle épinière; par le docteur Alexis LUBIMOFF (de Moscou),**  
membre correspondant.

J'ai eu, récemment, l'occasion d'observer les différentes parties du grand sympathique dans deux cas de maladies du sys-



tème nerveux : 1° Chez une femme atteinte d'*atrophie musculaire progressive*, et qui présenta, pendant les derniers jours de sa vie, le tableau clinique le plus complet de cette maladie; 2° Chez une autre femme atteinte d'une maladie spéciale que M. le professeur Charcot a décrite, dans ces derniers temps, sous le nom de *sch. rose primitiv et symétrique des cordons latéraux*. J'ai pu suivre ces deux malades et les observer assez exactement à la Salpêtrière dans le service de M. CHARCOT, et aussitôt après l'autopsie, M. Charcot m'a remis le système sympathique, pour que je pûsse l'étudier à loisir.

Dans le premier cas j'ai examiné scrupuleusement différentes parties du système sympathique : le ganglion cervical supérieur, le ganglion cervical inférieur, la partie thoracique du grand sympathique, une partie du plexus cœliaque, quelques ganglions intervertébraux pris à différentes hauteurs du rachis, le ganglion inférieur du nerf pneumogastrique ou plexus gangliforme de Willis. J'ai procédé à l'examen de ces pièces de deux façons différentes; je les ai d'abord examinées à l'état frais, aussitôt après l'autopsie, sans leur avoir fait subir aucune préparation; puis, sur des coupes obtenues après macération dans une solution faible d'acide chromique, et colorées par le picrocarminate.

Dans les recherches que j'ai faites antérieurement pour étudier comparativement le développement embryonnaire du système sympathique et de la partie centrale du système nerveux cérébro-spinal, et, d'autre part, les divers processus pathologiques dont le système sympathique peut être le siège (1), j'ai pu me convaincre qu'en employant ce double mode d'observation, on peut acquérir des notions plus nettes et plus précises sur les altérations que peuvent subir les parties constituantes du système nerveux sympathique.

Le procédé par lequel on obtient les préparations histologiques du système nerveux sympathique diffère de celui qu'on emploie ordinairement pour les préparations du système nerveux cérébro-spinal, par quelques particularités qu'il importe de signaler; aussi je crois devoir en dire tout d'abord quelques mots.

Les ganglions les plus considérables et qui, par leur situation, peuvent être considérés comme la partie centrale du système sympathique, présentent, en raison du développement du tissu interstitiel, une plus grande consistance que la partie centrale du système cérébro-spinal; mais cette consis-

(1) Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Virchow, et les résultats se trouvent exposés dans deux articles qui sont actuellement en voie de publication, in: *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, de Virchow.

tance n'est jamais telle qu'on puisse faire à l'état frais avec un rasoir ordinaire des coupes qui se prêtent à l'examen microscopique. D'un autre côté, le tissu interstitiel des ganglions sympathiques unit si solidement entre eux les éléments nerveux en formant à chaque cellule une enveloppe spéciale, qu'il est ordinairement impossible d'isoler ces éléments à l'aide des aiguilles, sans les mutiler et les défigurer plus ou moins.

L'emploi du double couteau, dont j'ai fait usage pour ces sortes de préparations, permet au contraire, de faire à l'état frais, des coupes comprenant toute l'étendue des ganglions sympathiques les plus volumineux, et qui sont, en outre, suffisamment minces pour être examinées à de très-forts grossissements.

J'arrive maintenant aux résultats de l'examen du système sympathique, dans le premier cas dont j'ai parlé. A l'œil nu les ganglions sympathiques examinés immédiatement après l'autopsie, ne présentaient, ni extérieurement ni à la coupe, rien de particulier. Au microscope, on ne trouvait aucune altération notable.

Les ganglions intervertébraux ont aussi été examinés par le même procédé : Au milieu des cellules nerveuses présentant les caractères normaux, on en trouvait seulement quelques-unes altérées ; celles-ci contenaient un protoplasma peu transparent, d'un gris foncé, à contours opaques et avec de grosses granulations ; leur noyau était tout à fait invisible ou ne se dessinait que d'une façon confuse et indéterminée et dans ce dernier cas, il était petit, irrégulier, ovale, et ne laissait pas voir de nucléole. Dans les coupes faites sur les ganglions durcis dans une solution faible d'acide chromique et colorées par le picrocarminate, le noyau des cellules nerveuses se voyait plus distinctement ; mais il était encore de petit volume et présentait aussi une forme irrégulière, et le nucléole n'était pas plus apparent.

La pigmentation des cellules nerveuses qui augmente ordinairement avec l'âge du sujet, n'offrait rien de particulier. La quantité des cellules nerveuses paraissait normale. Le tissu conjonctif dans ses différentes parties, (épinèvre, périnèvre et endonèvre), sauf le dépôt de granulations pigmentaires dans le protoplasma des cellules, ne présentait encore rien de particulier. Le nombre des noyaux ne paraissait pas augmenté. Les cellules pigmentaires du tissu conjonctif, vues de face, paraissaient aplaties et souvent ne présentaient pas de limites bien déterminées ; vues de profil, elles semblaient fusiformes. Ces mêmes cellules paraissaient plus nombreuses dans le tissu conjonctif qui sert d'enveloppe aux ganglions ; elles étaient au

contraire relativement moins nombreuses dans le tissu conjonctif interstitiel. Les vaisseaux des ganglions intervertébraux n'offraient rien de particulier.

En somme, dans ce cas d'atrophie musculaire progressive présentant comme je l'ai dit, le type le plus parfait de ce genre de maladie, je n'ai constaté dans le système sympathique ni la dégénérescence graisseuse des éléments nerveux ou du tissu conjonctif, ni la prolifération de ce dernier tissu, en un mot, aucun des processus pathologiques que certains auteurs prétendent avoir observés.

On peut donc conclure de cette observation particulière que le processus pathologique de l'atrophie musculaire progressive peut atteindre son plus complet développement sans altérer, du moins d'une façon notable, le système nerveux sympathique.

J'ai aussi étudié le système sympathique chez une femme qui avait présenté pendant la vie, les symptômes les plus nets de la maladie décrite par M. Charcot sous le nom de *sclérose primitive et symétrique des cordons latéraux*, et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, les lésions caractéristiques de ce processus morbide. Le grand sympathique était absolument sain ; j'ai pu retrouver seulement, dans quelques ganglions intervertébraux, sur certaines des cellules nerveuses, les caractères que j'ai signalés dans le cas précédent. De plus on observait aussi l'existence de granulations pigmentaires dans quelques-unes des cellules du tissu conjonctif.

M. CHARCOT. J'ai assisté aux recherches de M. Lubimoff et j'ai vu fonctionner le double couteau de Valentin, fort peu employé en France. Le fait est que cet instrument permet dans de bonnes conditions, de faire des coupes suffisamment fines pour être examinées ; mais il est nécessaire que les tissus offrent une certaine résistance ; les ganglions du grand sympathique sont dans ce cas ; mais le cerveau et la moëlle ne présentent pas une consistance suffisante. Les coupes obtenues de cette façon ont surtout le grand avantage d'être faites sur des tissus frais, et les altérations que l'on constate ne peuvent être mises sur le compte du mode de préparation.

Je dois ajouter que M. Lubimoff a eu soin de se mettre en garde contre une cause d'erreur que l'on a pas toujours su éviter dans cette sorte d'études ; il a commencé par se familiariser avec la structure normale des ganglions du sympathique, et cette précaution est ici fort importante ; car les cellu-

les nerveuses qui existent dans ces ganglions sont normalement très-granuleuses.

**14. Tubercules de la protubérance et du cervelet, par**  
M. V. HANOT, interne des hôpitaux.

Tabour, Arsène, âgé de 36 ans, employé, entre le 16 mars 1874 à l'hôpital Cochin (service de M. BUCQUOY).

Jusqu'en 1871, cet homme s'était toujours bien porté; il n'avait pas eu la syphilis et n'aurait, d'après ce qu'il dit, jamais fait d'excès alcooliques.

Pendant les journées de mai 1871, il reçut dans l'œil droit un éclat de projectile : l'œil fut complètement crevé; aucun accident consécutif. En octobre 1871, l'ablation du globe de l'œil fut pratiquée, et Tabour fut muni d'un œil de verre. Tout se passa bien. Jusqu'en 1873, la santé resta, de tous points, aussi bonne qu'auparavant.

Dans le courant de 1874, il commença à tousser et à maigrir; la toux et l'amaigrissement allèrent croissant. Le malade continua à travailler jusqu'au commencement de février 1874. Depuis quelque temps, il souffrait de douleurs sourdes à l'occiput, douleurs exagérées par la toux et les bruits extérieurs.

La mémoire diminuait un peu, et il faisait ses calculs plus difficilement; puis encore, légère diminution de l'ouïe; un peu d'embarras de la parole, parfois des vertiges; de temps en temps, vomissements sans efforts. Dans les premiers jours de janvier, il remarqua, un matin, que la jambe gauche était engourdie et affaiblie, que le pied gauche ne sentait plus nettement le sol; il soulevait difficilement le bras gauche, et la main du même côté avait également perdu de sa force; les vomissements étaient devenus plus fréquents; sueurs nocturnes; l'amaigrissement faisait des progrès.

A son entrée, on constate une paralysie incomplète du bras et de la jambe gauches et une paralysie assez accentuée de la moitié droite de la face; le malade ne marche qu'à l'aide d'une béquille. La sensibilité est notablement troublée aux membres gauches; les pincements, les piqures y sont moins vivement sentis qu'à droite; les corps froids paraissent chauds. La sensibilité est moins vive sur la moitié droite de la langue. Ouïe diminuée surtout à droite. Il n'a jamais eu aucune attaque.

Au tiers supérieur du thorax, à droite et à gauche, en avant et en arrière, matité, râles sous-crépitaux humides; expiration prolongée, retentissement de la voix; expectoration nummulaire assez abondante, jamais d'hémoptysie.

**22 mars.** Le malade vomit presque tous les jours le potage

qu'il prend pour toute nourriture ; diarrhée ; céphalalgie occipitale.

29 mars. La cavité orbitaire droite suppure ; douleurs circum-orbitaires de ce côté.

1<sup>er</sup> avril. Le malade se plaint de voir un peu moins bien de l'œil gauche. La céphalalgie et les vomissements ont un peu diminué. Gargouillement au sommet des deux poumons. Amaigrissement continu. Mêmes troubles de la motilité et de la sensibilité.

11 avril. Rétention d'urine.

13 avril. Incontinence d'urine. Paralysie faciale plus accentuée : la moitié droite de la face semble s'atrophier.

20 avril. Les lésions pulmonaires se sont encore étendues. Diarrhée abondante, vomissements fréquents, toujours peu douloureux, comme de simples régurgitations.

24 avril. Vertige et chute : le malade se relève de lui-même et regagne son lit.

1<sup>er</sup> mai. Tristesse profonde ; sentiment d'une mort prochaine. Le malade reste sur le côté droit. Diarrhée continue. Crachats sanguinolents, gargouillement dans la moitié supérieure du poumon droit, et dans presque toute l'étendue du poumon gauche.

8 mai. Décubitus dorsal. Sueurs profuses ; lèvres fuligineuses ; pouls misérable ; dyspnée intense ; cavité orbitaire droite remplie de pus. T. 37° ; R. 40.

9 mai. Etat plus grave encore. T. 37° ; P. 140 ; R. 40.

10 mai. T. 37°, 2 ; R. 168. Agonie. Mort pendant la nuit.

AUTOPSIE. — L'encéphale seul a pu être examiné. Arachnoïde et pie-mère très-injectées : veines turgides : arborisations capillaires fines, très-développées. Pas de granulations tuberculeuses apparentes sur les membranes ; pas d'adhérences de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales.

Atrophie du nerf optique droit qui a à peine la moitié du diamètre du nerf optique gauche : il est transformé en une substance grise gélatineuse.

La plus grande partie de la moitié droite de la *protubérance* est occupée par une masse caséuse, qui a la forme d'une aveline, à grand diamètre antéro-postérieur et égal au diamètre antéro-postérieur de la protubérance elle-même. Par sa partie médiane et plus renflée, la masse arrive jusqu'à la ligne médiane de la protubérance et laisse libre en dehors le quart environ de cette moitié de la protubérance.

Dans le lobe droit du *cervelet*, masse caséuse du volume d'une noisette, occupant l'arbre de vie.

**15. Cancer colloïde de l'estomac, par M. VOISIN, interne des hôpitaux.**

D... Annette, âgée de 69 ans, lingère, entrée le 30 mars 1874, à l'Hôpital Temporaire de la rue de Sèvres, (service de M. DAMASCHINO).

Cette femme, d'une constitution délicate, dont le père est mort d'un cancer de l'estomac et la mère à 49 ans, d'une affection du foie, a eu dans son enfance, des gourmes et une ophthalmie de nature strumeuse qui l'a rendue aveugle pendant 18 mois. A l'âge de 5 ou 6 ans, elle a eu la rougeole et la scarlatine. Enfin il y a vingt ans, elle vit se produire insensiblement, sans douleurs locales, ni abcès, une scoliose à concavité gauche aujourd'hui très-prononcée.

A part ce que nous venons de signaler, cette femme n'a eu aucune maladie. Régliée à 14 ans, ses menstrues ont toujours été régulières; la ménopause s'est faite sans accidents à l'âge de 30 ans, et depuis cette époque aucun trouble menstruel ne s'est produit.

Au mois de mars 1872, après avoir eu beaucoup à souffrir de privations de toute nature et de fatigues excessives, cette femme, dont l'appétit était un peu diminué, vit par hasard qu'au niveau de l'ombilic se trouvait une petite tumeur qui dans l'espace de deux à trois mois, dit-elle, prit à peu près le développement qu'elle a en ce moment. En même temps les digestions devinrent plus pénibles, et de loin en loin, des eaux claires sans odeur appréciable furent rendues comme par régurgitation, sans efforts de vomissement; mais jamais elles ne furent accompagnées d'aliments ou de matières noirâtres. Le dégoût pour la viande devint extrême surtout dans ces derniers temps; la malade la rejetait aussitôt, tandis qu'elle digérait parfaitement les potages et les légumes. La constipation était presque continuelle, et les matières fécales à part leur forme marronnée n'ont présenté aucune coloration spéciale. Jamais de méloena; jamais de selles chyleuses ou graisseuses. Jamais de troubles des organes génitaux, ni métrorrhagie, ni perte d'aucune espèce. Depuis un mois, un peu d'œdème des membres inférieurs.

4 avril. La malade est dans le décubitus dorsal; la position assise réveille des douleurs abdominales intolérables. Maigreur extrême; teint jaune paille, caractéristique d'une lésion organique; les yeux sont sans éclat et la voix est faible; léger œdème autour des malléoles. L'examen du thorax ne révèle que quelques râles de bronchite disséminés des deux côtés et une forte déviation de la colonne vertébrale à droite avec exagération de l'angle costal du même côté. Sonorité

normale; quelques crachats muqueux. Rien au cœur. Pouls faible, petit; 72 pulsations.

L'abdomen présente une forme pyramidale : la cicatrice ombilicale est dépliée et immédiatement au-dessous se trouve le sommet de l'éminence, peu considérable du reste, que forme le ventre. Il existe là une tumeur assez superficielle, lobulée et dure. Sa forme générale est arrondie, à part les lobules dont nous parlons plus haut et dont quelques-uns sont assez saillants. Cette tumeur a un volume considérable ; elle mesure bien 15 centimètres en tous sens, et elle paraît s'enfoncer profondément dans l'abdomen. On ne peut pas très-bien la limiter profondément, car la pression exagérée réveille des douleurs assez vives. Un sillon circulaire, passant un peu au-dessus de l'ombilic et se perdant tout-à-fait sur les côtés du tronc, forme une séparation très-profonde et très-marquée entre le thorax et l'abdomen.

Dans le fond de ce sillon, on sent nettement un lobule de la tumeur qui se prolonge en s'enfonçant vers l'épigastre. Un autre prolongement paraît exister vers la face inférieure du foie. Cet organe ne paraît pas augmenté de volume, il ne dépasse pas le rebord des fausses-côtes. La tumeur occupe donc la région ombilicale et on ne la retrouve ni à la région pylorique, ni dans les hypochondres où on limite le foie et la rate. Elle est très-nettement séparée aussi de l'hypogastre par une zone de sonorité. Elle ne s'abaisse point par l'inspiration, elle est peu mobile et n'adhère pas à la paroi abdominale antérieure. La peau et les muscles de cette paroi glissent facilement sur elle. Cette tumeur est le siège de douleurs spontanées et provoquées par le mouvement et la pression, surtout au niveau du sillon épigastrique. Depuis quelques semaines, la douleur se montre aussi en arrière dans le point correspondant de la colonne vertébrale. Le ventre est modérément développé ; pas de météorisme, pas d'ascite.

Les régurgitations d'eaux claires se montrent à peu près toutes les semaines et surtout le matin ; la viande est vomie à cause du dégoût qu'elle inspire, mais les autres aliments, tels que potages et légumes, sont digérés. Pas de pyrosis. La constipation est opiniâtre, les selles sont ovillées et brunâtres, mais pas noires. Jamais de sang pur, ni de pus, ni de matières sanieuses dans les selles. Celles-ci n'ont jamais été non plus chyleuses ou graisseuses.

Rien de particulier du côté de l'utérus. Les culs-de-sac sont parfaitement libres et l'utérus est léger et mobile. Pas de troubles des organes des sens, et de la sensibilité générale ; ni sucre ni albumine dans les urines. — *Traitement* : Régime lacté et un degré ; emplâtre opiacé sur la tumeur.

15 avril. La malade s'affaiblit de plus en plus. Depuis son entrée à l'hôpital, elle ne mange plus, elle ne boit qu'un peu de lait. Elle vomit maintenant les légumes et les potages. En même temps, nous constatons que, dans le sillon épigastrique, les lobes de la tumeur augmentent de volume et deviennent très-douloureux. Ni météorisme ni ascite. Pouls très-petit et fréquent, 94 pulsations. Un peu de muguet sur la langue. L'œdème autour des malléoles a augmenté; on le constate aussi sur les tibias, mais non à la partie interne des cuisses.

18 avril. La malade s'est éteinte hier soir à 8 heures.

AUTOPSIE, faite 36 heures après la mort. — *Abdomen*. Pas de liquide épanché dans la cavité abdominale. Le péritoine est sain, mais au-dessous de la partie supérieure du grand épiploon non altéré et non adhérent, on voit une tumeur très-volumineuse. Les viscères sont déviés de leur direction normale; l'estomac particulièrement est dirigé presque verticalement, sa grande courbure est devenue externe, tandis que sa petite courbure est devenue interne. Il est situé en avant du colon descendant et forme une légère courbe à concavité dirigée à droite. Son extrémité duodénale se perd dans la tumeur que nous allons décrire. Cette tumeur a un volume égal à celui de la tête d'un nouveau-né. Elle est bosselée et présente 5 à 6 lobes volumineux divisés eux-mêmes en lobules plus petits. Elle est d'un blanc jaunâtre transparent, et son aspect est comme gélatineux. Sa consistance est inégale et sur quelques points elle paraît tomber en putrilage. Elle fait une saillie considérable dans l'arrière-cavité des épiploons. Elle est développée sur la petite courbure et un peu sur la face postérieure de l'estomac; en ces points, l'organe a acquis une épaisseur considérable. A quelques millimètres de l'orifice pylorique la tumeur disparaît, et cet orifice est complètement libre; cependant on remarque quelques lobes de la tumeur, de production récente, qui tendent à se porter dans cette direction.

Incisé, l'estomac nous montre sa petite courbure complètement envahie par le néoplasme qui est ulcéré largement et tombe en putrilage dans la cavité gastrique. Le pylore est indemne, mais l'orifice est rétréci légèrement d'une façon uniforme. La grande courbure, la paroi antérieure et la paroi postérieure sont saines. — Les ganglions mésentériques sont sains. Examinée au microscope, cette tumeur présente tous les caractères du cancer colloïde.

Le foie n'est pas augmenté de volume, il est un peu pâle, et son lobe droit offre une languette oblique se détachant de sa masse, pour se porter vers la tumeur à laquelle elle adhère faiblement par des tractus fibreux. Pas de noyaux cancéreux dans l'organe.



Le *pancréas* est dévié de sa position et est presque coudé à angle droit. Il descend le long du bord droit de la tumeur et ne présente aucune altération appréciable. — La *rate* est saine et est située dans sa position ordinaire. — Les *reins* sont déplacés. Le rein gauche se trouve dans l'hypochondre droit au-dessous et un peu en dedans de son congénère; il est appliqué sur la colonne lombaire par l'intermédiaire du psoas sur lequel existe une dépression manifeste pour le recevoir. Vu l'origine des vaisseaux, le déplacement paraît consécutif, il est dû sans doute à la déviation très-prononcée de la colonne vertébrale qui présente à la fin de la colonne dorsale et au commencement de la région lombaire une double courbure; la première concave à gauche et la seconde moins considérable, concave à droite.

Les reins sont un peu petits; la capsule fibreuse est très-adhérente et quand on la détache, quelques morceaux de la substance corticale la suivent. La coupe montre qu'ils sont très-pâles, anémiés; la substance corticale est grasseuse.

Les intestins sont sains; il en est de même de l'utérus.

*Poumons.* Le poumon gauche est adhérent au sommet; on y trouve plusieurs noyaux de tubercules crétacés. Le poumon droit présente de l'emphysème marginal et un tubercule crétacé à son sommet. Le reste des deux poumons est sain. — Le *cœur* est petit et pâle. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont atteintes de dégénérescence athéromateuse ainsi que la tunique interne du vaisseau. — Le *cerveau* n'a pas été examiné.

**M. DEBOVE.** La durée de 2 ans, assignée ici à la maladie, est tout à fait exceptionnelle. La marche du carcinome colloïde est ordinairement beaucoup plus rapide.

**M. RENDU.** Je ne partage pas complètement l'avis de M. Debove. Dans certains cas, la marche a été très-lente, de sorte qu'on a pu prendre des cancers colloïdes du péritoine pour des kystes de l'ovaire. C'est ce qui eut lieu dans un fait recueilli par M. Robin dans le service de M. Gosselin, et qui fut présenté ici l'année dernière; en outre, j'ai entendu dire par M. Vidal que dans un cas analogue, M. Barth avait commis la même erreur, en se fondant aussi sur la marche lente et insidieuse de la maladie.

**M. DEBOVE.** Le fait de M. Voisin et ceux que vient de rappeler M. Rendu offrent beaucoup d'intérêt et ne doivent pas être perdus de vue, mais ils sont, en réalité, exceptionnels, et le plus souvent, le cancer colloïde évolue rapidement.

**16. Infection purulente consécutive à un débridement du méat urinaire chez un calculeux; par M. AUGIER, interne des hôpitaux.**

Beaumont, Victor, âgé de 72 ans, entre le 20 avril 1874 à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 6. (Service de M. DÉSORMEAUX.)

Ce malade se plaint de difficultés dans l'émission des urines : il est obligé de faire des efforts répétés et assez violents pour vider sa vessie ; d'ailleurs, peu de douleurs, soit au repos, soit pendant la marche ; prurit à l'extrémité de la verge ; pas d'hématurie ; pas d'arrêt brusque du jet de l'urine.

On sonde le malade et, après de nombreux essais pour arriver dans la vessie avec une sonde métallique, M. Désormeaux finit par l'introduire en soulevant la portion prostatique avec l'index préalablement introduit dans le rectum : cette introduction avait permis d'explorer la prostate et de constater son hypertrophie. La sonde, en arrivant dans la vessie, a permis de faire le diagnostic de calcul vésical : le choc du bec de la sonde contre le calcul était même perçu à l'oreille ; ce fut la seule fois où la sonde exploratrice put être introduite.

La rétention d'urine devenant de plus en plus complète, on fit le cathétérisme matin et soir avec une sonde molle en gutta-percha, suivi d'injection avec une solution de chloral au centième.

Désireux de pratiquer la lithotritie et de préparer le canal de l'urèthre au contact de l'instrument, M. Désormeaux fendit le méat urinaire qui était d'une étroitesse assez considérable, et commença à passer les bougies Béniqué.

Trois jours après, le malade fut pris de frissons répétés avec fièvre intense, subdélirium, état typhique, et en huit jours, il succombait à l'infection purulente dont la salle Saint-Pierre venait, d'ailleurs, d'offrir des cas assez nombreux.

**AUTOPSIE.** Les poumons sont parsemés vers leur base d'abcès métastatiques, et fortement congestionnés dans le reste de leur étendue. Mêmes lésions dans les deux reins où la congestion prédomine ; ils offrent à leur péripnéurie quelques infarctus récents et toute leur substance est rougeâtre, fortement congestionnée. Ils sont augmentés de volume.

Le cœur est manifestement hypertrophié ; le ventricule gauche est remarquable par l'épaisseur de ses parois, et la réduction de sa cavité qui admet difficilement l'index. Rien à la rate, ni dans le foie.

Dans la vessie, nous trouvons quatre petits calculs, dont le plus gros a le volume d'un haricot ; il y a peu d'inflamma-

tion de la muqueuse vésicale. Les deux lobes latéraux de la prostate sont hypertrophiés et laissent un passage étroit entre leur double saillie intérieure ; il y a du pus dans la plupart des veines qui entourent la prostate et le col de la vessie. L'un des lobes de la prostate est lui-même abcédé à sa partie inférieure. L'urèthre, incisé sur la soude cannelée, présente au niveau de la portion membraneuse une bride transversale de un centimètre dans le sens antéro-postérieur : cette bride est parfaitement lisse, organisée et paraît être la trace d'une ancienne fausse route.

**17. Fracture du col du fémur ; absence de l'une des valvules sigmoïdes de l'aorte ;** par M. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Dumuis, Charles, âgé de 55 ans, entre le 12 mai 1873 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 9. (Service de M. DUPLAY.)

Ce malade était entré à l'hôpital pour des accidents de scrofule osseuse qui nécessitèrent la désarticulation de deux métacarpiens et d'un métatarsien. Après un an de séjour dans les salles, les plaies résultant de ces opérations n'étaient pas encore cicatrisées, et le malade se traînait plutôt qu'il ne marchait en s'appuyant le long des lits.

Il y a quinze jours environ, il fit une chute sur le grand trochanter du côté droit. Depuis lors, le membre inférieur de ce côté est resté immobile dans l'extension, avec une légère rotation en dehors. Il n'y avait pas de déformation de la région de la hanche, sauf une tuméfaction fluctuante au niveau du grand trochanter, dans la bourse séreuse du grand fessier. Une ponction faite en ce point a donné issue à du sang coagulé. Les mouvements communiqués étaient assez douloureux et le malade indiquait, comme siège maximum de la douleur, le milieu du pli de l'aîne, et le milieu de l'espace compris entre le grand trochanter et l'ischion. Du reste, on pouvait faire exécuter à l'articulation coxo-fémorale des mouvements fort étendus.

Le diagnostic entre la contusion simple de la hanche et la fracture du col était donc fort obscur, d'autant plus que l'exploration exacte du grand trochanter était rendue très difficile par la présence de la collection sanguine qui le recouvrait.

Le malade étant mort des progrès de la cachexie scrofuleuse, on trouva à l'autopsie une fracture intra-capsulaire du col à la base même de la tête du fémur, mais avec un engrenement si parfait des fragments encore recouverts de périoste, que la pièce étant sur la table d'autopsie, on ne pouvait soupçonner l'existence de la fracture que par la présence d'une ecchymose

sous-périostée. Tous les mouvements imprimés au corps de l'os se transmettaient parfaitement à sa tête. On put aussi constater que l'épanchement sanguin siégeait dans la bourse trochantérienne du grand fessier.

Sur le même malade qui présentait à l'auscultation les signes d'un rétrécissement aortique, nous avons trouvé une *anomalie des valvules sigmoïdes* de l'aorte. Ces valvules qui sont seulement au nombre de deux, sont plus grandes que des valvules normales. Il n'y a pas de trace de soudure de deux valvules en une seule. C'est par conséquent une anomalie congénitale. Les deux artères coronaires s'ouvrent dans le même nid valvulaire. Du reste, ces valvules sont épaissies et présentent à leur base des végétations très-dures. Il y a un léger degré de rétrécissement sans insuffisance de l'orifice aortique.

**18. Ostéo-sarcome du fémur; désarticulation de la hanche; guérison; par M. F. MARTINET, interne des hôpitaux.**

Monniès Jean, âgé de 19 ans, entre à Necker le 4 mars 1874, (service de M. GUYON).—En décembre 1873, le malade a remarqué une grosseur au niveau de la partie inférieure et interne de la cuisse droite; elle était le siège de douleurs assez vives, la marche n'était pas sensiblement gênée. Son état demeura à peu près stationnaire jusqu'au mois de février 1874. Le malade entra alors à la Maison Municipale de Santé, puis y séjourna peu et vint à l'hôpital Necker.

A son entrée, voici ce que nous avons observé : La face interne de la cuisse droite, vers ses deux tiers inférieurs, est le siège d'un gonflement assez considérable, mais très-régulièrement disposé; on dirait la peau comme soulevée par un vaste épanchement profond, les téguments sont sillonnés par des veines bleuâtres, leur coloration est normale; très-dure au toucher, la tumeur paraît faire corps avec le fémur qu'elle enveloppe complètement; elle se termine en haut, un peu au-dessus de la partie moyenne, par un rebord assez saillant, au-dessus duquel l'os paraît parfaitement sain. En bas, elle ne dépasse pas l'extrémité inférieure de la diaphyse.

Des ganglions volumineux, en assez grand nombre, se trouvent dans l'aîne, mais il en existe à peu près autant du côté sain que du côté malade. Ce jeune homme nous apprend en outre, et cela est intéressant au point de vue de l'hérédité, que sa mère est morte, très-jeune, d'un cancer au sein.

M. Guyon diagnostique un ostéo-sarcome du fémur et propose au malade la désarticulation de la cuisse, voulant se mettre le plus possible à l'abri des chances de récidive. Différen-

les circonstances retardèrent l'opération, et ce n'est que le 11 mai qu'elle put être pratiquée. Dans cet intervalle, la tumeur avait fait de rapides progrès; elle mesurait environ 30 centimètres, chiffre énorme si l'on pense à l'état d'amaigrissement dans lequel se trouvait le malade. L'auscultation de la poitrine, faite par M. Potain, n'avait rien révélé d'anormal; les autres organes étaient en bon état.

Le 11 mai, M. Guyon pratique l'opération par un procédé spécial, qu'il avait depuis longtemps imaginé, mais qu'il n'avait pas encore eu l'occasion d'appliquer sur le vivant. Nous ne parlerons point de ce procédé, qu'il se propose du reste de présenter en détail à la Société de Chirurgie. Un pansement ouaté appliqué immédiatement ne put être supporté par le malade; il fut remplacé le lendemain, par un pansement avec la solution de chloral au 1/400.

Aucun accident grave n'est venu entraver la cicatrisation de la plaie, et six semaines après l'opération, le malade se lève, reprend des forces, et est en somme guéri.

*Examen de la tumeur.* Celle-ci avait écarté les muscles, qui à son voisinage étaient pâles, et déjà infiltrés de sa substance; son point de départ semble avoir été le périoste. Elle ne s'étend pas au-dessous de la diaphyse; les condyles et les cartilages de développement sont sains. Le fémur est englobé jusqu'au dessus de sa partie moyenne; la tumeur se termine à ce niveau assez brusquement, et l'on y voit de petits prolongements osseux, vestiges probables des travées qui semblent former la charpente de la tumeur.

Celle-ci, très-molle par places, est au contraire très-dure en d'autres endroits; pâle et anémiée en arrière, elle est en avant très vasculaire. Sur une coupe, étendue de l'extrémité supérieure à l'espace intercondylien, on peut voir les modifications subies par le fémur et l'aspect des parties profondes de la tumeur. Dans toute la partie englobée par le néoplasme, le canal médullaire a disparu; il est comblé par du tissu compacte, très-résistant, qui s'est substitué à la moëlle. Des prolongements analogues à ceux que nous avons signalés plus haut, mais plus considérables, semblent cloisonner la tumeur; ils sont à peu près perpendiculaires à l'axe de l'os. Un noyau de substance cancéreuse, du volume d'une noisette, se trouve dans la tête du fémur; un autre, plus petit, se voit dans le grand trochanter. L'*examen microscopique* a révélé une composition assez complexe: selon les parties examinées, en effet, on a trouvé des bourgeons sarcomateux, du cartilage plus ou moins calcifié, et du tissu osseux de formation récente.

Elle se rapprocherait ainsi de la variété de tumeurs des os, décrite par M. RANVIER, sous le nom de *chondromes ostéorides*.

**M. HOUEL.** Le fait que vient de présenter M. Martinet me semble fort intéressant. C'est un véritable type de tumeur développée primitivement aux dépens du périoste, et l'on voit très-nettement ici que les aiguilles qui vont de la périphérie vers le centre s'arrêtent à la surface de l'os. L'altération du tissu osseux et du canal médullaire est d'une nature différente; cette altération qui n'est autre que le résultat d'une ostéite est, du reste, limitée à la diaphyse et ne dépasse pas le cartilage inter-dia-épiphysaire; aussi, l'articulation est-elle intacte.

Il suffit le plus souvent, dans ces cas, de faire l'amputation dans la continuité, car on n'a pas à craindre la propagation par le canal médullaire; mais il faut toujours redouter la généralisation par infection.

**M. GIRALDÈS.** Contrairement à M. Houel, je crois qu'il vaut toujours mieux faire une opération radicale; la généralisation me semble, par ce moyen, moins à craindre qu'à la suite de l'amputation pratiquée au voisinage de la production morbide. Pour moi, le chirurgien ne peut hésiter qu'entre deux choses : s'abstenir, ou faire la désarticulation de la hanche.

**M. CADIAT.** J'ai présenté, l'année dernière, deux tumeurs analogues à celle que nous voyons ici. Dans les deux cas, il y avait, avant l'opération, une généralisation qui ne s'était d'ailleurs manifestée par aucun symptôme.

**19. Calcul vésical développé autour d'un corps étranger;**  
par M. ZIEMICKI, interne des hôpitaux.

Le centre de la concrétion calculuse est occupé par un étui à aiguilles, autour duquel se sont déposées sous forme de gaine complète, des couches calcaires et phosphatiques. La longueur du calcul mesurée par celle de l'étui est d'environ 6 centimètres. Son épaisseur, plus grande au centre, peut s'évaluer à 1 centimètre.

La durée de son séjour dans la vessie n'a pu être déterminée, la malade refusant de donner des renseignements; tout ce qu'on peut dire, c'est que sa présence provoquait, depuis trois mois, tous les troubles habituels aux calculs vésicaux, tels que : cystite, incontinence d'urine, hémorrhagies, douleurs irradiées et issue de petits graviers. La malade avait été adressée à l'hôpital comme atteinte de pierre. Ce n'est qu'après des manœuvres de lithotomie demeurées infructueuses, qu'on

reconnut en explorant le réservoir urinaire avec le doigt; qu'on avait affaire à un corps étranger volumineux.

Il a fallu achever l'opération par une taille vestibulaire; et c'est seulement après l'avoir pratiquée qu'on put faire l'extraction du calcul. La malade est morte d'infection purulente.

**20. Sarcome de l'hémisphère cérébral gauche.** (*Cancro optique et corps strié.*) Difficultés du diagnostic; pas de symptômes de foyer; par M. E. BARIÉ, interne des hôpitaux.

Le 23 avril, entre à l'hôpital Saint-Antoine, (service de M. MESNET) le nommé G... Antoine, âgé de 45 ans; le malade est amené sur un brancard, et les personnes qui l'accompagnent disent qu'il ne peut ni parler, ni marcher, sans pouvoir préciser autrement le début et la marche de sa maladie.

Le malade est un homme d'une taille moyenne, et d'une grande maigreur; si on le fait lever, en lui commandant de marcher, il avance difficilement, en frottant péniblement les pieds sur le parquet; encore est-on obligé de le soutenir sous les aisselles, pour l'empêcher de tomber. Au lit, il s'assoit assez facilement, bien qu'il ait un peu de raideur de la nuque et des membres inférieurs; les bras se meuvent avec lenteur, mais sans difficulté apparente, et exécutent des mouvements coordonnés.

Pas de paralysie, ni de déviation de la face; la langue occupe le plan médian. Les pupilles, un peu dilatées, le sont également des deux côtés. Sensibilité de la face intacte, pas de différence à droite et à gauche. Si on interroge le malade, on s'aperçoit qu'il comprend mal les questions qu'on lui pose; il regarde avec étonnement et la face exprime un certain degré d'hébétéude. Aux demandes qu'on lui fait, il répond en bredouillant des mots assez bien articulés, mais sans suite, et sans aucun rapport entre eux; il est d'ailleurs un peu sourd, et il faut lui parler fort, et près de l'oreille, pour se faire entendre de lui.

Sur le thorax, on voit les côtes faire une forte saillie sous la peau; la pointe du cœur bat dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal, elle soulève assez brusquement la paroi costale; en ce point on perçoit un souffle systolique léger. Rien à la base. L'examen des poumons n'indique aucun symptôme morbide. — Le foie est normal; le ventre peut-être un peu déprimé, n'est pas douloureux à la pression. — Aux membres inférieurs, la motilité semble intacte, le malade déplace ses jambes dans son lit avec assez de facilité; la sensibilité est conservée, il semble cependant qu'elle retarde un peu du côté droit. Le chaouillement de la plante des pieds provoque des mouvements

réflexes. Le malade est tranquille, il ne pousse aucune plainte, mais on le voit souvent porter sa main droite à son front, comme s'il éprouvait quelque gêne de ce côté. — Pas de fièvre, pouls à 75, régulier. T. A. 37°,9.

Le malade passe quelques jours dans le service, toujours dans le même état. Le veilleur dit qu'il ne dort pas la nuit, mais qu'il est très-tranquille, et ne bouge pas de son lit. Une dizaine de jours environ après son entrée, une personne de sa famille, mandée par nous, ne nous donne que des renseignements bien incomplets. Le malade, d'après elle, serait dans cet état depuis deux mois environ, mais nous ne pouvons savoir si le début a été brusque, ou si la maladie est venue lentement. Nous savons seulement que le malade, chargé de faire des courses en ville, se trompait de rue et oubliait, depuis quelque temps, les commissions dont il était chargé.

Quoi qu'il en soit, jusque vers le 30 *avril*, l'état du malade n'a pas varié. Il a peu d'appétit, mange une portion, mais il va très-difficilement à la selle, et on est obligé de lui donner quelques purgatifs : (Scammonée. Huile de Croton. Lavements etc.).

Il est toujours très-calme, pas de convulsions, pas d'attaques épileptiformes; il répond toujours aussi quelques mots sans suite, si on lui fait quelques questions. Pas de fièvre. De temps à autre, on le voit également porter la main sur le front.

Le 30 *avril*, dans le but d'amener une dérivation, on lui passe un séton à la nuque, qu'on a soin de faire supprimer.

2 *mai*. Le malade est un peu abattu, la face paraît fatiguée, l'appétit est nul; pendant la nuit, le malade a laissé aller ses urines dans son lit, ce qui lui arrive pour la première fois.

5 *mai*. Le malade est dans le décubitus, il reste toute la journée étendu sur le dos, sans faire le moindre mouvement, pourtant la motilité est conservée aux membres inférieurs; un peu de raideur cependant et un très-léger degré d'anesthésie s'observent au membre inférieur droit. — Le malade urine sous lui, et a vomi quelques matières bilieuses. P. 80 T. 37°,9

8 *mai*. Un peu d'aplatissement du ventre. — Le malade est dans la résolution la plus complète, il est immobile dans son lit, les yeux largement ouverts, et passe ainsi des journées entières sans faire le moindre mouvement. Si on vient à le découvrir, il pousse une sorte de grognement, et s'efforce de ramener la couverture à lui. Le bras droit est engourdi, mais se meut encore assez facilement; cependant on est obligé de lui faire avaler un peu de bouillon, car il ne peut pas tenir la cuiller.

12 *mai*. Inégalité des pupilles. Ventre rétracté. Pouls ré-



gulier; pas de fièvre. Le malade meurt dans la journée, sans avoir poussé le moindre gémissement.

AUTOPSIE pratiquée le 14 mai, à 10 heures du matin. Rien de particulier à noter dans le cœur, les poumons, le foie, la rate et les reins. Il en est de même du pancréas et de l'estomac.

Après avoir enlevé la boîte crânienne, on remarque que la dure-mère présente un état de sécheresse tout particulier, mais elle n'a aucune adhérence anormale avec le crâne. Après avoir détaché la pie-mère, qui s'enlève sans emporter avec elle la moindre parcelle de substance cérébrale, on remarque que le cerveau présente, comme la dure-mère, un état de sécheresse très-remarquable. Disons qu'en certains points, la pie-mère est assez fortement congestionnée. — Extérieurement, à part ces quelques remarques peu significatives, le cerveau paraît normal.

Poursuivant l'examen plus avant, on voit que l'hémisphère droit est absolument sain; mais, dans l'hémisphère gauche, en faisant une coupe de façon à découvrir le ventricule latéral, on trouve une tumeur volumineuse occupant tout le plancher de cette cavité. D'une façon plus exacte, toute la couche optique, et la plus grande partie du corps strié, sont détruits, ou plutôt envahis, par cette tumeur: celle-ci, présente une forme irrégulière, a 5 centim. de long, sur 4 de large; en haut elle se prolonge dans la masse de l'hémisphère, jusqu'à 15 mill. environ de la convexité.

Elle est assez résistante, et, à ce point de vue, il faut lui considérer plusieurs portions: 1° Les unes, plus superficielles, d'une teinte allant du rose pâle jusqu'au violet lie-de-vin, offrent une résistance assez forte; 2° les autres, plus profondes, forment des masses d'aspect différent: quelques-unes assez dures ont la teinte citrine et l'aspect du tissu conjonctif infiltré de sérosité qu'on observe au début du phlegmon; d'autres au contraire, beaucoup plus molles, ont un aspect grisâtre très-marqué. Enfin la tumeur présente, dans certaines parties, de très-petites cavités, d'où s'échappe une sérosité jaunâtre. La cavité du ventricule renferme un peu de liquide louche; il faut signaler encore, une dilatation extrême de la veine du corps strié, dans laquelle on distingue quelques petits caillots violacés.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait avec notre collègue M. CADIAT. Dans les parties rouges les plus superficielles, on distingue un grand nombre de corps fusiformes, à nombreux prolongements, dans l'intervalle desquels se montrent quelques noyaux.

En outre, on y voit un grand nombre de vaisseaux sanguins dilatés, et en certains points, on distingue quelques petits

foyers hémorrhagiques. Dans les parties profondes, jaunes-grisâtres, on voit les mêmes éléments, mais altérés. On y distingue également un grand nombre de corps granuleux. On le voit, il s'agit là, d'une tumeur fibro-plastique, d'un *sarcome*, ayant envahi la plus grande partie de l'hémisphère gauche.

Remarquons que cette énorme tumeur, très-nettement localisée, n'avait donné lieu qu'à des symptômes diffus. En effet, la motilité et la sensibilité étaient un peu affaiblies, mais d'une façon égale des deux côtés ; c'est tout au plus si dans les derniers jours, nous avons constaté, du côté droit (côté opposé à la lésion) un peu plus de raideur et d'anesthésie que du côté opposé. Quant aux troubles cérébraux proprement dits (délire, convulsions, etc.), ils ont fait absolument défaut.

Ce fait prouve donc, une fois de plus encore, que l'étendue et le siège des lésions cérébrales ne sont pas en rapport absolu avec les symptômes observés : tandis que de petits foyers hémorrhagiques ou de ramollissement donnent lieu à des paralysies complètes et localisées, on voit, par contre, comme dans le cas présent, des tumeurs volumineuses ne se manifester que par des phénomènes vagues et diffus.

M. CHARCOT. Il n'existe pas en réalité ici de tumeur circonscrite et l'on comprend ainsi qu'il n'y ait pas eu de paralysie. Il est plus étonnant que le malade n'ait pas présenté de tremblement.

#### **Élections.**

Sont nommés *membres correspondants* de la Société, MM. LUBIMOFF et J. VIGUIER.

---

*Séance du 21 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**21. Kyste de l'ovaire; ponction suivie de mort après 54 heures; par M. BOISSIER, interne des hôpitaux.**

Juliette L..., blanchisseuse, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital des Cliniques (service de M. BROCA), au commencement de mai 1874. Bons antécédents; menstruation régulière; pas de grossesse.

Début, il y a quatre ans, d'une tumeur abdominale, primitivement limitée à la fosse iliaque gauche, à progrès rapides depuis quelque temps, jamais bien douloureuse, mais gênante par son développement, au point d'entraver les fonctions digestives et respiratoires. La marche était devenue difficile, le moindre travail fatigant, les forces faiblissaient, la malade maigrissait.

*Etat actuel.* La tumeur occupe tout le ventre, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, et latéralement les fosses iliaques, les flancs et la plus grande partie des hypochondres. Les anses intestinales sont refoulées bien haut sous les côtes. La palpation et les chocs légers donnent la sensation de fluctuation; ce flot se transmet à une grande distance, sauf dans une étendue de 8 à 10 centimètres au-dessus de la fosse iliaque gauche. L'ensemble de ces signes fait diagnostiquer un kyste de l'ovaire gauche, probablement multiloculaire, mais avec poche prédominante; d'où l'indication de la ponction.

Cette opération est pratiquée dix jours après l'entrée de la malade; car pendant la première semaine, les règles sont venues abondantes, avec douleur et malaise général. M. Broca fait la ponction à droite, au lieu d'élection, avec un trocart ordinaire. On retire douze litres d'un liquide épais, visqueux, couleur chocolat; vers la fin de l'opération, ce liquide est adhérent au fond du vase, et présente des grumeaux en assez grande quantité. L'analyse qui en est faite, indique dans sa composition la présence de l'albumine et de la paralbumine. C'est à cette dernière qu'est due en grande partie la viscosité et l'état granuleux du liquide. A la fin de l'évacuation, le liquide très-épais ne coule plus que difficilement; M. Broca fait alors une injection d'eau tiède (100 grammes), ce qui per-

met de retirer encore environ 500 grammes de liquide. Cette injection est faite après toutes les précautions prises pour empêcher l'entrée de l'air dans le kyste. Après l'opération, toute la tumeur a disparu ; le ventre est revenu à son volume normal ; il reste seulement dans la fosse iliaque gauche une partie dure, sur la présence de laquelle on s'était fondé pour dire que le kyste était multiloculaire.

*Suites de la ponction.* Deux heures après la ponction, la malade est prise de nausées, de douleurs dans le ventre ; elle accuse une soif vive ; le pouls est fréquent, mais non déprimé ; insomnie la nuit à cause de la très-grande fréquence des nausées. Les matières vomies sont glaireuses, teintées en brun foncé. Le lendemain, le ventre est météorisé ; les vomissements continuent ; la face est altérée, mais les traits ne sont pas grippés comme dans la péritonite ; le pouls, toujours très-fréquent, n'est pas déprimé comme dans l'inflammation du péritoine, il est au contraire très-fort. Application de cataplasmes glacés, glace à l'intérieur. Le surlendemain, l'état de la malade est désespéré ; les traits sont décomposés, la langue est fuligineuse, il y a encore quelques nausées, le pouls bat 150 fois par minute, le ventre a le même volume et la même forme qu'avant l'opération, la malade n'a plus la force de se remuer, elle respire à peine et meurt à cinq heures du soir, sans agitation et sans convulsions, cinquante-quatre heures après la ponction. On croyait à un épanchement de liquide dans le péritoine, par suite du retrait de la poche ; on supposait que ce liquide avait provoqué une péritonite, bien qu'il manquât plusieurs caractères de cette affection, savoir : la douleur à la pression, l'altération des traits et la dépression du pouls.

*AUTOPSIE*, vingt-quatre heures après la mort. Une petite ouverture faite à la paroi abdominale, laisse échapper des gaz à odeur infecte. Après avoir reconnu que ces gaz ne viennent ni de l'intestin, ni du péritoine, mais de la poche, M. Broca insuffle le kyste, et en dissèque les parois. Cette dissection dure une demi-heure. Les diverses couches de la paroi abdominale antérieure, confondues en plusieurs points où elles adhèrent à la tumeur, sont étudiées avec soin ; la séreuse péritonéale fait complètement défaut sur tous ces points, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, et dans toute l'étendue du diamètre transverse. En haut, au niveau du colon transverse refoulé profondément sous les côtes avec toute la masse intestinale, on voit une cloison antéro-postérieure formée par la séreuse ; c'est là que commence seulement la cavité péritonéale ; on y trouve des traces de péritonite ancienne localisée, avec des adhérences en plusieurs points aux parois du kyste également enflammées à des époques précédentes. Quand on pé-

nètre dans la cavité du péritoine, on voit à droite et en haut, vers l'arc du colon, des marbrures rougeâtres sur les parois des intestins ; on trouve aussi deux ou trois cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent. Ce sont là des traces de péritonite récente très-circonscrite ; mais on ne découvre pas la moindre fausse-membrane. A quoi attribuer cette péritonite, puisque la ponction a été pratiquée dans un point où la séreuse n'existait pas, à 20 centimètres au moins de la partie la plus voisine du péritoine, et puisque des parois du kyste ne présentent que des traces d'inflammation ancienne ? La tumeur n'a de connexions avec le péritoine que par sa face postérieure et ses côtés. Elle est distendue par une grande quantité de gaz, et contient encore un demi-litre de liquide en tout semblable à celui qui a été retiré vers la fin de la ponction. La face interne du kyste présente des anfractuosités et des cloisons incomplètes, d'où l'existence de plusieurs poches communiquant largement entre elles. L'une d'elles est bien plus développée que toutes les autres. L'ovaire gauche offre l'aspect d'un ovaire à kystes multiloculaires au début ; c'est une masse aréolaire légèrement anfractueuse, de 12 à 15 centimètres de long, très-épaisse, présentant plusieurs bosselures élastiques, d'où la ponction fait sortir un liquide gélatineux, tremblotant.

**RÉFLEXIONS.** La malade a présenté certains signes de péritonite (nausées, vomissements), que peuvent expliquer les lésions trouvées du côté de la séreuse ; mais celles-ci ne sont pas suffisantes pour expliquer la mort. Il faut donc chercher ailleurs la cause de celle-ci. Ne la trouverait-on pas dans cette pneumatose si rapidement développée, et dans de si grandes proportions ? Dans la putridité des gaz épanchés ? Mais comment s'est produite cette pneumatose ? Quels ont été les agents de l'infection ? La plus grande partie des gaz épanchés vient très-certainement du sang. Ceux-ci se sont mélangés au liquide qui restait dans la poche, liquide chocolat, très-épais, renfermant de nombreux grumeaux. Ne pourrait-on pas voir dans ce mélange où l'oxygène du sang entre pour une bonne part, la cause de la putréfaction ? Il est permis de le supposer en songeant aux altérations rapides des matières organiques en présence de l'oxygène de l'air.

**M. GUÉNIOT.** J'ai vu survenir, une fois, à la suite d'une simple ponction, des accidents analogues à ceux qui ont amené la mort dans le cas actuel. Il s'agissait d'une femme chez laquelle Velpeau avait fait une ponction pour ce qu'il croyait être une ascite ; il retira neuf litres d'un liquide sanguinolent. Bientôt après survinrent des vomissements et cer-

tains autres symptômes se rapprochant des accidents d'étranglement. La malade mourut rapidement. A l'autopsie, on ne trouva rien qui pût expliquer la mort; il n'y avait, en particulier, pas de traces de péritonite.

M. MALASSEZ. Les faits de ce genre ne sont pas extrêmement rares. Cruveilhier (1) cite plusieurs cas où la ponction fut suivie des symptômes de péritonite, et dans lesquels l'autopsie montra seulement une inflammation du kyste.

M. HOUZEL. M. Kœberlé a prétendu que les ponctions dans les kystes de l'ovaire sont plus dangereuses que l'ovariotomie. Des accidents graves ont été, en effet, plusieurs fois signalés, mais seulement lorsqu'on n'avait point vidé le kyste complètement; car alors le liquide s'écoule une fois que le trocart est retiré, et détermine une péritonite. Quand, au contraire, on a eu soin, comme ici, d'évacuer le liquide aussi complètement que possible, les ponctions sont ordinairement innocentes. J'ai pour ma part, pratiqué cette opération plus de 150 fois, sans avoir jamais eu d'accidents.

La fréquence de ces accidents paraît, du reste, varier notablement suivant que le liquide est séreux ou filant; c'est là un point auquel Nélaton attachait beaucoup d'importance. Des recherches entreprises par M. Wurtz, pour étudier les différences de composition du liquide, n'ont point donné de résultats bien nets; mais, en clinique, on apprécie facilement le caractère que je rappelle ici, en écartant deux doigts, entre lesquels se trouve interposée une goutte du liquide. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que le contenu peut être séreux et non filant, même lorsqu'il présente une coloration rougeâtre (2).

M. HALLOREAU. La malade a-t-elle présenté avant la mort, de la fièvre ou bien des phénomènes de collapsus? Ces phénomènes de collapsus s'observent assez fréquemment lorsqu'il existe une lésion, même légère, de l'un des viscères de l'abdomen.

M. BOISSIER. La fièvre n'a pas été très-intense, la température était de 38°, 2. Vers la fin seulement, la malade avait du refroidissement, la face grippée; le pouls était très-rapide, mais a conservé jusqu'à la fin une force remarquable. Il était bien différent, sous ce rapport, du pouls de la péritonite.

(1) Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale; t. V, p. 126 et suiv.

(2) Comp. Cruveilhier, op. cit. p. 125.

**22. Rétrécissement pharyngo-œsophagien (épithélioma);**

par M. LANDRIEUX, chef de clinique à la Pitié.

P. François, âgé de 59 ans, journalier, entre le 16 mai 1874, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 34 (service de M. Lasèque). Depuis six mois environ, cet homme travaille à la fabrique de blanc de céruse de Clichy; il a eu des coliques saturnines, pour lesquelles il a été soigné à l'hôpital Beaujon, il y a trois mois. Les renseignements qu'il donne au point de vue de l'hérédité, sont extrêmement vagues.

Depuis trois mois, il ne peut avaler ni liquides, ni solides; tous les aliments qu'il essaie de prendre sont arrêtés à un niveau qu'il fixe avec le doigt, et qui correspond au cartilage cricoïde; les aliments sont presque aussitôt rendus, en partie par la bouche, mais la plus grande partie, par les fosses nasales.

Il est d'une faiblesse extrême, et quand on le découvre, on constate une émaciation considérable. Les facultés intellectuelles sont peu atteintes, il y a surtout une grande prostration.

Si l'on fait ouvrir la bouche, on constate sur le voile du palais et le pharynx, les altérations suivantes: Le voile du palais est bridé par des cicatrices analogues à celles que laissent après elles les brûlures; il est dévié de sa situation normale, son bord postérieur et la luette sont adhérents à la paroi postérieure du pharynx, et semblent en partie intercepter la communication entre les cavités buccale et nasale.

La paroi postérieure du pharynx est également sillonnée par des cicatrices blanchâtres, analogues à celles du voile du palais. A la base de la luette, on voit un repli formé par des brides cicatricielles qui tirent cet organe en différents sens. Si l'on introduit le doigt dans le pharynx, on sent que l'orifice supérieur du larynx est complètement libre; mais si l'on essaie de pénétrer dans l'œsophage, on est arrêté par un obstacle infranchissable, non-seulement pour le doigt, mais pour toutes les sondes ou cathéters œsophagiens, quelque petit que soit leur calibre. De nombreuses tentatives ont été faites depuis l'arrivée du malade, et toutes avec l'insuccès le plus complet. Les plus petites bougies uréthrales ont été invariablement arrêtées.

L'obstacle siège à l'union du pharynx avec l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde, à 12 centimètres environ d'un point pris sur les incisives de la mâchoire supérieure; l'idée d'un rétrécissement, suite de brûlure, se présente à l'esprit, à la vue de ces lésions. Le malade nie complètement avoir absorbé un liquide caustique quelconque. Les cicatrices se sont-elles

produites à la suite d'ulcérations syphilitiques, strumeuses, pemphigoïdes? Sur le cou du malade, à gauche, on peut voir deux cicatrices qui paraissent de nature strumeuse. L'absence de bosselures, de nodosités, d'engorgements ganglionnaires, l'aspect général de la lésion éliminent l'idée d'un épithélioma.

19 mai. Le malade dit ne pas avoir eu de garde-robes depuis quatre semaines. P. 92; T. R. 36°, 5. Il urine environ 250 grammes de liquide dans les 24 heures. Rien de particulier dans ces urines. Aujourd'hui, un peu d'oppression, subdélirium; il demande seulement qu'on le laisse dormir, afin de calmer les souffrances dont il ne peut préciser le siège. On propose l'œsophagotomie externe pour le lendemain, mais le malade meurt dans la nuit.

A L'AUTOPSIE, on constate un rétrécissement considérable pharyngo-œsophagien, présentant son maximum au niveau de l'anneau crico-œsophagien, où l'on peut à peine faire passer une sonde cannelée.

Le tissu qui forme les parois de ce rétrécissement, est dur, dense, crie sous le scalpel.

La muqueuse est partout intacte, sans ulcérations, sans végétations. Il y a un épaississement considérable du tissu cellulairesous-muqueux et de la tunique musculieuse. Les brides fibreuses signalées plus haut dans l'observation, se rencontrent seulement dans le tiers moyen du pharynx. Les autres organes : foie, estomac, ganglions, sont parfaitement sains. On trouve seulement dans la tête de l'épididyme, un foyer de caséification en voie de ramollissement.

L'examen microscopique fait par M. le Dr Nepveu, chef du laboratoire, démontre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux. Les parois œsophagiennes et pharyngiennes atteignent à peu près l'épaisseur de 6 à 8 millimètres, elles sont infiltrées dans toute leur épaisseur; on y observe des globes épidermiques assez volumineux. L'œsophage et le pharynx en ce point sont adhérents au tissu conjonctif périphérique; la muqueuse n'est pas malade. Un seul ganglion situé le long du corps thyroïde est envahi.

M. QUINQUAUD. Les lésions que l'on voit ici, ont une apparence toute spéciale, et n'ont pas les caractères que présentent celles de la scrofule ou de la syphilis. Elles me rappellent plutôt un fait que j'ai observé dans le service de M. Bazin, il y a quelques années, chez un homme atteint de pemphigus, et qui présentait dans le pharynx, une éruption de même nature; M. Lasègue m'a dit avoir vu deux cas semblables. Dans les trois cas, les cicatrices qui ont succédé aux ulcérations, res-



semblaient assez bien à celles que l'on observe sur la pièce de M. Landrieux.

M. LONGUET. J'ai eu l'occasion d'examiner les testicules du malade dont le pharynx vient de vous être présenté. L'épididyme était de chaque côté doublé de volume; il était, ainsi que le canal déférent, complètement rempli par une matière jaunâtre, solide. Les testicules étaient atrophiés et présentaient de plus une vascularisation anormale; en outre, il existait un varicocèle. En somme, la coïncidence de cette épididymite caséuse double permet, il me semble, de considérer comme étant de nature strumeuse, la lésion du pharynx.

---

*Séance du 29 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**23. Hémorrhagie de la protubérance; Paralysie infantile; Exostose vertébrale; par BOURNEVILLE et DEBOVE.**

Il est assez commun de rencontrer chez un malade un certain nombre d'affections diverses, intéressant plusieurs appareils de l'organisme; mais il est beaucoup plus rare d'observer, chez le même malade, des affections de nature différente, survenues à des époques plus ou moins éloignées les unes des autres et portant sur un système unique. Cette coïncidence curieuse se trouve réalisée dans l'observation que nous allons rapporter. Cette observation concerne une femme, atteinte d'une *paralysie infantile*, qui a succombé 62 ans plus tard à une *hémorrhagie de la protubérance* et chez laquelle l'autopsie fit encore découvrir une *exostose vertébrale*, cause occasionnelle d'une *sclérose secondaire de la moelle*.

Quels ont été les effets produits par l'exostose? c'est ce que nous ignorons. Quant à la paralysie infantile, nous ne connaissons que les symptômes de la troisième période, tout renseignement sur le mode d'invasion, sur l'étendue de la paralysie au début nous font défaut. En revanche, nous avons pu consigner aussi exactement que possible les symptômes de l'hémorrhagie de la protubérance et comme il s'agit là, en définitive, d'une affection encore assez mal caractérisée, nous espérons qu'on nous pardonnera la description, peut-être trop

minutieuse, que nous en avons donnée. Voici cette observation.

**OBSERVATION.** — *Paralysie infantile* (8 ans) : *Paralysie et atrophie des membres inférieurs.* — *Attaque apoplectique* (1873) : *Déviation de la face et rotation des yeux à droite;* — *Hémiplégie gauche;* — *Abaissement initial de la température* (35°, 4) *s'exagérant encore lors de l'apparition de nouveaux accidents apoplectiformes* (35°, 1); — *Élévation thermométrique constitutive* (42°, 3). — *Marché des symptômes :* face, membre, mouvement, sensibilité, calorification cutanée; — *dysphagie;* — *respiration, etc.* — *Présence du sucre et de l'albumine dans les urines.* — *Mort.*

**Autopsie.** — (a) *Hémorrhagie de la protubérance :* *Étendue ; rupture du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule;* — *anéurysmes miliaires.* — (b) *Paralysie infantile :* *Lésions des cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise;* — *lésions des muscles, etc.* — (c) *Exostose vertébrale :* *Lésions de la dure-mère;* —  *sclérose secondaire des cordons antérieurs.*

Patin..., Marguerite S. F., âgée de 70 ans, est entrée à l'infirmerie, salle Saint-Alexandre, n° 8 (service de M. CHARCOT) le 3 novembre 1873. Cette femme a été admise à la Salpêtrière à l'âge de seize ans et demi, comme atteinte d'une paraplégie qui datait de l'âge de 8 ans (*Paralysie infantile*). Elle restait le plus souvent assise, travaillant à la couture. Quand elle sortait dans les cours, ce qui était rare, elle marchait soutenue par deux béquilles. Les membres supérieurs étaient libres.

Le 2 novembre, après avoir mangé une certaine quantité de mafrons, elle a été prise de vomissements. Ce matin (3 novembre) à huit heures et demie, elle a perdu connaissance et a vomit de nouveau. Elle a été conduite à 10 heures à l'infirmerie où nous l'avons trouvée dans l'état suivant :

La tête est légèrement inclinée sur l'épaule droite. Les paupières sont closes ; les plis de l'angle palpébral externe sont plus marqués à droite qu'à gauche. Les paupières écartées, on voit que les globes oculaires sont légèrement déviés à droite. Les pupilles égales, de dimensions normales, ne sont pas contractiles. Il n'y a pas de nystagmus. Le sillon nasolabial gauche est effacé; la moitié gauche des lèvres demeure immobile dans l'expiration; la moitié droite entr'ouverte, donne issue à une écume sanguinolente. Celle-ci sort aussi quelquefois par la narine correspondante. — Le cou est flasque.

*Membres supérieurs.* 1° *Gauche.* Soulevé, il retombe inerte; pincé fortement, il reste immobile, mais il se produit quelques mouvements automatiques du membre supérieur droit.

**1. Droit.** Le mouvement et la sensibilité paraissent conservés. Au toucher, il n'y a aucune différence de température entre les deux mains:

**Membres inférieurs.** Les cuisses, fermes, assez grosses, sont à demi fléchies sur le bassin. Les mouvements des genoux sont assez libres si ce n'est pour l'extension complète qui est impossible par suite de la rétraction des muscles biceps et demi-tendineux. Les *jambes*, atrophiées; molles, de forme cylindrique, sont fléchies sur les cuisses sous un angle d'environ 100°. Les jointures du cou-de-pied sont souples. Les *pièds* courts, comme empâtés, sans œdème pourtant, offrent le type du pied bot paralytique. — Des deux côtés, le chatouillement de la plante des pieds détermine quelques mouvements réflexes. Il ne semble pas y avoir de différence au point de vue de la sensibilité au pincement, car la malade porte aussi vite la main droite à la région excitée qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre côté. Voici maintenant des chiffres qui permettent d'apprécier l'atrophie :

|                                                          |                     | Droit. | Gauche. |
|----------------------------------------------------------|---------------------|--------|---------|
| Circonférence de la cuisse à 15 centimètres au-dessus du |                     |        |         |
| —                                                        | genou.....          | 54 c.  | 35 c.   |
| —                                                        | du mollet.....      | 23,5   | 22,5    |
| —                                                        | du cou-de-pied..... | 22,5   | 22,5    |

Pouls à 60; T. R. 35°, 4. — Vers dix heures un quart, alors que nous recomptions le pouls, nous avons constaté que les pulsations devenaient moins fréquentes : elles tombèrent à 48, puis à 44 à la minute. En même temps que cette diminution du pouls, nous notions d'autres symptômes : la face se porta davantage à droite, devint très-pâle, et prit ensuite une coloration de plus en plus bleuâtre ; la respiration qui, tout d'abord, était comme suspendue, devint ronflante, plus fréquente et enfin il s'écoula une écume sanguinolente par la commissure labiale. Ces divers accidents ont duré de trois à quatre minutes. A 10 h. 20, le pouls était à 72.

A 10 heures 19, le pouls retombe à 48 ; il est fort, plein, vibrant, caractères qu'il n'a pas durant les moments de calme. Cette nouvelle diminution des pulsations s'accompagne des accidents déjà décrits. Au bout de quelques minutes, la rougeur cyanique s'efface, la respiration est plus calme, le pouls s'accélère relativement et la température descend à 35°, 3.

**Midi.** La face est déviée à droite ; la tête inclinée dans le même sens. Les narines donnent passage à une écume sanglante. La langue, qui a été mordue, fait saillie entre les arcades dentaires. Le cou est un peu roide. — P. 60 ; R. 20, costal et diaphragmatique; T. R. 35°, 4. — Le membre supérieur

droit est actuellement moins libre et présente un certain degré de rigidité dans l'épaule et le coude. La main gauche est modérément cyanosée, la droite pâle. — Les membres inférieurs sont froids et de plus en plus à mesure que l'on s'éloigne du tronc ; les pieds sont glacés. — Pas de garde-robes. — Lav. purgatif ; sinapismes.

1 heure. T. R. 36°, 8. — 3 heures. T. R. 36°, 9. Selle abondante. Les urines, extraites par la sonde, sont claires, citrines, et donnent par la chaleur un léger nuage qui disparaît lorsqu'on ajoute quelques gouttes d'acide azotique. Traitées par la liqueur de Bareswill, elles donnent un précipité rouge assez abondant. — 5 heures. T. R. 38°, 4.

6 heures. Même attitude de la tête. Face pâle, sans sueurs. Front lisse. Pas de plis palpébraux. Les paupières sont fermées ; lorsqu'on les écarte, on voit que les globes oculaires regardent directement en avant et que les pupilles, rétrécies, ne sont pas contractiles. Le contact du doigt sur l'œil gauche ne suscite aucun mouvement, tandis qu'il occasionne à droite un léger clignotement et un déplacement de la tête. Les narines sont immobiles ; il en sort parfois un flot d'écume. Les sillons naso-labiaux sont effacés. La bouche est assez largement ouverte. La langue, portée à droite, est sèche.

*Membres supérieurs.* 1° *Gauche* : même état. 2° *Droit* : quand on le soulève, il se maintient durant quelques secondes. L'avant-bras est demi-fléchi sur le bras et si on l'étend il reprend sa position primitive, à l'instar d'un ressort, par suite de la contracture du coude. L'épaule est également contracturée. Le pincement ne détermine aucun mouvement. La main gauche est beaucoup plus froide que l'autre.

*Membres inférieurs.* Même aspect. Le pincement ne produit aucune réaction à gauche, mais à droite il est suivi de quelques mouvements de la main correspondante.

La fesse droite est plus chaude que la gauche. Pas de rouleur. Ni vomissements ni garde-robes. Pouls petit, régulier, à 100; respiration à 40, parfois plus précipitée; elle est surtout *diaphragmatique et s'effectue évidemment mieux à droite qu'à gauche*. T. R. 39°, 2. — 9 heures. T. R. 39°, 2.

4 novembre. 2 heures du matin. T. R. 39°, 7. — 8 heures. T. R. 39°, 5. Les urines qu'on vient de recueillir ont la couleur du bouillon. Chauffées, il s'y développe des nuages floconneux qui persistent après l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique (albumine). Traitées par la liqueur de Bareswill, il ne se forme pas de précipité, ce qui tient peut-être à la présence de l'albumine (?). De 8 à 10 heures, il y aurait eu une sorte d'agitation pendant laquelle la malade a vomi. Alors elle ouvrait les yeux. — 11 heures. La face a une coloration d'un rouge

vineux; ses deux moitiés sont également chaudes et brûlantes. Les globes oculaires sont dirigés vers la droite, surtout le gauche. Ils sont animés de petits mouvements de bas en haut et de haut en bas (nystagmus). La conjonctive palpébrale inférieure est injectée, principalement à gauche. Les autres symptômes, que nous avons énumérés hier, sont les mêmes. La *déglutition* ne s'opère plus; les liquides reviennent sur-le-champ.

*Membres supérieurs.* 1° *Gauche.* Flaccidité complète; main cyanosée. — 2° *Droit.* Flaccidité des doigts et du poignet, légère roideur du coude et de l'épaule. Dans sa totalité, le membre supérieur droit est plus chaud que le gauche.

*Membres inférieurs.* Au lieu d'être froids comme hier, ils sont chauds et cela dans toute leur hauteur.

1 heure. T. R. 39°, 4. — 2 heures. T. R. 39°, 9. Les *urines* (135 gr.) retirées par le cathétérisme sont brunâtres et donnent un dépôt assez abondant. Elles renferment une quantité notable d'albumine (chaleur et acide azotique), mais pas de sucre. — 4 heures. T. R. 41°, 2.

5 heures. Les joues, jusqu'à ce moment, avaient été aussi chaudes l'une que l'autre; actuellement la droite est plus chaude que la gauche. La sensation de chaleur est enfin plus prononcée sur le genou et le pied du côté droit que sur les régions similaires du côté gauche. Pas de différence aux mains. — Flaccidité absolue des membres supérieurs. — Sur toute la hauteur de la face interne de la cuisse et de la jambe gauches existe une sorte de *tremulation* qui s'exagère lorsqu'on prend entre les doigts une assez forte portion de la peau. — Rien de semblable à droite ni aux membres supérieurs. — Pouls très-petit, régulier, à 156; R. 38; T. R. 42°, 1. — A partir de six heures, sueurs abondantes à la face et respiration précipitée. La malade meurt à 6 heures et demie. La température prise aussitôt était à 42°, 3. Elle a offert ensuite la marche suivante :

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| 15 minutes après la mort..... | 42°, 2. |
| 30 — — — .....                | 42°, 1. |
| 1 heure — — .....             | 41°, 7. |
| 2 — — — .....                 | 41°, 2. |

*AUTOPSIE faite le 5 novembre.* — A l'incision de la *dure-mère*, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité. — Les *artères de la base de l'encéphale* sont modérément athéromateuses. Les *circonvolutions cérébrales* ne sont ni aplaties ni distendues.

La *pie-mère* n'est le siège d'aucune infiltration sanguine. — La *prolubérance* est volumineuse, comme gonflée, et paraît asymétrique; la moitié droite semble plus grosse que la gau-

che. Le *pédoncule cérébral* correspondant est plus large que celui du côté opposé.

Une coupe pratiquée sur les *hémisphères cérébraux*, au niveau des éminences mamillaires, ne montre rien autre chose qu'un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Le noyau extra-ventriculaire du corps strié avec ses trois segments est intact. — Rien de particulier sur les autres coupes, si ce n'est la présence de plusieurs *anévrismes miliaires*.

Les *pédoncules cérébraux* ne présentent aucune lésion, mais sur une section, faite juste à leur origine dans la protubérance, on constate, du côté de la moitié droite de celle-ci, le commencement d'un *foyer hémorrhagique*. La moitié gauche de cette coupe est normale.

Sur une deuxième coupe, pratiquée 3 millimètres au-dessous de la précédente et portant par conséquent sur la *protubérance*, on voit que le foyer hémorrhagique occupe la plus grande partie de la moitié droite de la protubérance. Sur cette section, de même que sur la première, le foyer s'arrête exactement à la ligne médiane. On constate alors qu'il n'y a pas de sang liquide dans le *quatrième ventricule*, mais qu'un caillot fait hernie dans cette cavité par une fente verticale. La rupture s'arrête à un centimètre au-dessus des barbes du calamus.

Une troisième coupe, faite à peu près au centre de la protubérance, montre que le foyer hémorrhagique comprend presque tout le pont de Varole. Il est enveloppé par une couche périphérique constituée par du tissu nerveux et formant une sorte de coque.

Enfin, une dernière section, pratiquée au niveau de la partie supérieure des olives et tombant, en arrière, sur l'origine des racines de l'auditif, ne fait découvrir que des parties saines. — Le *bulbe* est intact ainsi que le *cerelet* dont les corps rhomboïdaux ne renferment pas d'anévrysmes.

*Rachis*. — De la face postérieure du corps de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire, à cheval sur ces deux vertèbres et sur le disque intervertébral correspondant, à gauche de la ligne médiane, s'élève une *tumeur* composée de trois parties, deux *osseuses*, séparées par une troisième qui est *ligamenteuse*. Cette tumeur, de forme cylindrique, a le volume d'une petite noisette. Elle est arrondie à son sommet qui fait, dans le canal rachidien, une saillie d'environ dix millimètres. Elle a marqué son empreinte sur la dure-mère spinale et sur la moelle. En effet, 1° lorsque la dure-mère est incisée, la dépression cupuliforme produite par la tumeur osseuse persiste encore; 2° sur la moelle, au niveau de la cupule de la dure-mère, se voit une dépression, moins

nettement délimitée toutefois que celle de la dure-mère. On remarque enfin une certaine vascularisation de la portion de la *dure-mère* qui était en rapport avec la tumeur.

*Moelle.* — À l'œil nu, on observe à la région lombaire une atrophie des racines antérieures et, sur les coupes de la moelle, on ne peut pas distinguer la substance grise de la substance blanche. — L'*examen microscopique*, pratiqué suivant les procédés habituels (durcissement dans l'acide chromique, éclaircissement par la térébenthine des coupes colorées), a fait découvrir les lésions suivantes. À la région lombaire, les *cellules nerveuses des cornes antérieures* ont disparu. Plus haut, à la région dorso-lombaire, les cellules nerveuses des cornes antérieures sont jaunâtres, chargées de pigment, dépourvues de prolongements et moins nombreuses qu'à l'état normal. À la région dorsale, les cellules nerveuses apparaissent avec leurs caractères normaux. Outre ces lésions qui relèvent de la *paralyse infantile*, on a constaté, à la partie des cordons antérieurs qui correspondait à l'exostose, l'existence d'une bandelette de sclérose.

*Nerfs, muscles.* — Les *nerfs sciatiques* et les *racines des nerfs* n'ont pas offert d'altération. — Les *muscles* des membres inférieurs sont presque entièrement détruits. On trouve seulement quelques fibres musculaires perdues çà et là au milieu de la graisse.

RÉFLEXIONS. — I. Nous avons à relever en premier lieu ce qui a trait à l'affection la plus ancienne, la *paralyse infantile*. D'après ce qu'on sait, cette maladie daterait de l'âge de 8 ans. Elle s'est circonscrite, durant la période de régression, aux membres inférieurs. Ceux-ci, ainsi qu'il est facile d'en juger par la description que nous avons donnée, étaient considérablement atrophiés et présentaient l'aspect et les déformations ordinaires en pareil cas. L'autopsie a fait voir que les muscles étaient en très-grande partie détruits et, de plus, elle a permis de constater, à la région lombaire de la moelle épinière, les lésions des cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise, lésions qui, on le sait, sont caractéristiques de la *paralyse infantile*. À cet égard, ce fait vient à l'appui de ceux qui ont été publiés par MM. Vulpian et Prévost, Charcot, Joffroy, Parrot et enfin par MM. Damaschino et Roger.

II. L'*exostose vertébrale*, dont nous ignorons absolument la cause, avait de son côté produit une lésion de la moelle épinière, consistant en une sclérose secondaire des cordons antérieurs.

III. Parmi les symptômes qui ont accompagné l'hémorrhagie de la protubérance, nous ne relèverons que les suivants : 1<sup>o</sup> le tracé thermométrique a suivi une marche tout-à-fait

classique : (a) abaissement initial (35°,4), augmentant encore (35°,1) lorsque sont survenus des accidents que l'on pourrait appeler en quelque sorte surapoplectiformes (chute du pouls à 44, exagération de la déviation de la face, etc. ; — (b) élévation consécutive et tellement rapide que, en 34 heures, la température atteignait 42°.4. C'est là ce qu'on note dans les cas réguliers d'hémorrhagie cérébrale aboutissant à la mort en peu de temps (1).

L'examen des *urines*, fait à diverses reprises, a décelé : (a) la présence du *sucre* en assez grande quantité ; alors, il n'y avait pas d'albumine ; — puis (b) la présence de l'albumine ; celle-ci nous a paru augmenter à mesure que la terminaison fatale approchait. Dans les derniers spécimens de l'urine, la liqueur de Bareswill ne dénotait pas l'existence du sucre, mais elle était peut-être dissimulée par l'albumine.

Nous n'insisterons pas sur les autres symptômes qui ont été suffisamment exposés dans l'observation. Toutefois nous croyons devoir appeler l'attention sur les phénomènes de *colorification cutanée*, sur la *respiration* qui s'effectuait mieux du côté non paralysé (droit) que de l'autre et enfin sur la dysphagie. Ce sont là des éléments capables de fournir des indications au point de vue du siège du foyer hémorrhagique.

#### **24. Anomalie des uretères et des bassinets ;** par M. HENRIET, interne des hôpitaux.

Chez une femme d'une trentaine d'années, morte d'un kyste de l'ovaire, on trouva le rein gauche affecté de l'anomalie suivante :

Il présente un sillon circulaire, perpendiculaire à son grand axe, se continuant sur toute sa circonférence, comme si l'organe était constitué par deux reins soudés ensemble : sur chacun de ces segments, les traces des divisions lobaires sont d'ailleurs persistantes. Deux uretères bien distincts présentant chacun le volume normal, partent du hile, accolés sur tout leur trajet dans une même gaine celluleuse, mais complètement indépendants jusqu'à la terminaison vésicale, où ils aboutissent par deux orifices bien distincts, séparés par un pont de muqueuse.

On pratique, par l'extrémité périphérique de chacun d'eux, une injection solidifiante : cette injection, faite avec une couleur différente dans chacun des uretères, démontre qu'ils partent l'un et l'autre d'un bassinet isolé, de façon que le hile du rein est occupé par deux bassinets bien distincts, accolés,

---

(1) Bourneville. *Recherches cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.*



l'un supérieur, l'autre inférieur, recevant chacun un certain nombre de papilles. La coupe de l'organe démontre d'ailleurs la soudure intime des divers lobes du rein dans l'intérieur de la glande.

Le rein droit est normal. Les deux reins, droit et gauche, occupent leur position ordinaire et affectent les rapports normaux. Leur volume ne présente rien d'insolite : le rein gauche est un peu plus volumineux que le droit, comme c'est d'ailleurs la règle (1).

**25. Tumeur cérébrale (sarcome névroglie de la première et de la deuxième circonvolution frontale gauche); Hémiplegie incomplète;** par M. E. MARTIN, interne des hôpitaux.

Lestrac, M..., âgée de 47 ans, domestique, entre le 19 février 1874, salle Saint-Joseph, n° 10 (service de M. BERNUTZ). Cette femme, au dire des personnes qui l'accompagnaient, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a un an, elle fut affectée subitement d'une hémiplegie droite qui, incomplète au début, ne tarda pas à disparaître. Il y a quelques semaines, la motilité et la sensibilité, qui depuis longtemps avaient repris leur intégrité, furent de nouveau troublées. La malade s'affaissa tout à coup sur elle-même, un jour qu'elle passait avec une de ses amies sur le boulevard Saint-Michel.

Depuis quelque temps déjà, les personnes qui l'entouraient avaient remarqué chez elle un certain trouble dans les idées, un affaiblissement de la mémoire.

19 février. Du côté droit, diminution, mais non abolition complète de la motilité; elle peut encore serrer la main, mais très-faiblement. Pas de tremblement. Toute excitation sur la peau paraît désagréable à la malade; mais lorsqu'on la pince fortement, elle ne manifeste la douleur ressentie que quelques secondes plus tard. Du côté gauche, la motilité semble aussi légèrement affaiblie, mais à un moindre degré que du côté droit. Les traits et la langue ne sont pas déviés.

Les yeux ont conservé leurs mouvements et leur parallélisme, pas de strabisme, pas de déviation conjuguée des yeux. L'ouïe ne paraît pas intéressée, au moins d'une façon sérieuse. Les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. Bien que la parole soit à peu près abolie, on distingue un certain désir de répondre aux questions adres-

---

(1) V. Pourteyron. *Étude comparative sur l'anatomie et la pathologie des deux reins*. Thèse de Paris, 1872.

sées, mais l'articulation des mots est lente et difficile. Hébé-tude constante; stupeur que n'interrompent ni rires ni larmes.

Rien du côté des poumons ni du cœur. L'appétit est conservé en partie; langue sale, sèche.

A la fin de *février*, à la suite de purgations avec l'huile de croton et de révulsifs, on obtient une légère amélioration : La malade reconnaît ses parents et prononce lentement quelques paroles bien distinctes : Parents, — bonjour, — j'ai mal, — à boire, etc., etc. La motilité du côté droit semble un peu améliorée. La constipation est opiniâtre; elle ne cède qu'à l'administration de l'huile de croton.

En *mars* et *avril*, état stationnaire. Depuis le commencement d'avril, il existait une desquamation de la peau des jambes, des bras et des mains; peau sèche, pas de sueurs. Au commencement de *mai*, la langue redevient sèche, l'hébetude augmente, la malade perd l'appétit et ne répond plus que par signes aux questions qu'on lui adresse.

Congestion pulmonaire; râles sous-crépitaux aux deux bases; un peu de diarrhée. Commencement d'eschare au sacrum. Mort le 15 *mai*, à 5 heures du soir. Perte de connaissance complète, seulement dix-huit heures avant la mort.

AUTOPSIE, trente-huit heures après la mort. *Cavité thoracique* : Les deux poumons présentent de l'œdème et de la congestion dans les deux bases en arrière. Sur le bord antérieur et le sommet du poumon gauche, ainsi que sur le bord antérieur du poumon droit, un peu d'emphysème. La muqueuse de la trachée et des bronches est légèrement injectée. *Cœur* : Le tissu du cœur est mou et décoloré, les parois sont minces et flasques, les orifices sont sains, ainsi que les valves. Plaques athéromateuses assez nombreuses sur l'aorte. Rien dans les *organes abdominaux*.

Après avoir ouvert le crâne, on observe qu'au niveau du lobe antérieur du *cerveau* du côté gauche, la dure-mère est adhérente. A la place de la première circonvolution, on constate l'existence d'une tumeur qui a six centimètres en longueur sur quatre centimètres de large, et présente une forme ovoïde. Sa surface est aplatie; elle adhère à la dure-mère, dont on peut cependant l'isoler par une simple traction. Cette tumeur est dure; elle offre une certaine résistance dans toute l'étendue qui vient d'être signalée. Sa couleur, à la surface, est grise, un peu plus opaque que la substance grise, dont elle diffère peu par sa nuance. Elle présente à sa surface une disposition fibrillaire rayonnée.

Cette tumeur empiète, au niveau de la ligne médiane, sur l'hémisphère droit. Elle envoie un prolongement lobulé qui se loge dans la première circonvolution frontale droite, à laquelle

il adhère. Tout le lobe antérieur est tuméfié, augmenté de volume, et l'apophyse *crista galli* est déviée à droite; la fosse frontale gauche est aussi plus excavée que la droite.

La tumeur intéresse la partie antérieure de la première et de la deuxième circonvolution frontale; la troisième est intacte. Le sillon de Rolando, du côté malade, est reculé; il se trouve déplacé en arrière de celui du côté sain. A la partie externe de la tumeur, au niveau de la division externe de la deuxième circonvolution frontale gauche, le tissu est cedémateux, comme fluctuant, recouvert par la pie-mère très-vascularisée.

Les circonvolutions du lobe occipital gauche sont aplaties contre la dure-mère, à cause de l'augmentation de volume du lobe frontal. Rien d'apparent à la face inférieure du cerveau; les nerfs olfactifs ne présentent rien de particulier, si ce n'est un peu d'aplatissement sur celui du côté gauche. Artères de la base normales.

La tumeur, divisée, présente deux parties: une superficielle, qui est dure et forme l'enveloppe extérieure; l'autre, la plus étendue, qui est complètement ramollie. La portion dure est d'un bleu nacré à la coupe; elle ne contient pas de suc.

L'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. CORNIL, montre à l'état frais et par dilacération: dans la portion dure, des cellules fusiformes assez volumineuses, pourvues d'un ou deux poyaux; d'autres cellules se rapprochent de la forme sphérique et sont plus petites. Dans la portion ramollie de la tumeur, le liquide séreux, un peu louche, contient des corps granuleux en grande quantité, des débris de tubes nerveux ayant subi la dégénérescence granuleuse, ainsi que des vaisseaux présentant sur leurs parois des corps granuleux.

La pièce, durcie par le liquide de Müller, la gomme et l'alcool, est examinée sur des sections perpendiculaires à la surface des circonvolutions altérées. Ces sections montrent un tissu dont les fibres sont à peu près parallèles entre elles et perpendiculaires à la surface des circonvolutions. Ces fibres sont minces, grenues, et ne sont pas modifiées par l'acide acétique; elles s'anastomosent latéralement, de manière à former un réseau à mailles très-fines, dans les espaces duquel sont contenus les éléments ronds ou ovoïdes déjà indiqués dans l'examen à l'état frais. Dans d'autres parties, et en particulier le long des vaisseaux, les fibres ont une direction parallèle à ces vaisseaux, et les cellules présentent une forme ovoïde ou aplatie. — Les parois des vaisseaux de la tumeur, qui est assez vasculaire, sont embryonnaires. Dans la portion de l'encéphale voisine de la tumeur principale, le tissu de la tumeur se poursuit, et les vaisseaux sanguins sont énormément dila-

tés, de façon à acquérir 1 1/2 à 2 millimètres de diamètre ; ils sont complètement remplis par du sang et de la fibrine. Les parois de ces vaisseaux, se confondant avec le tissu embryonnaire de la tumeur, sont minces sur les uns, épaissies sur les autres.

**M. CHARCOT.** Les symptômes les plus caractérisés paraissent avoir été ici les troubles de l'intelligence. Il n'y a point eu d'hémiplégie complète, mais seulement un certain degré de parésie. Quant aux troubles de la sensibilité, il est fort important de préciser en quoi ils ont consisté ; on sait, en effet, que dans les lésions des lobes antérieurs, la sensibilité est généralement intacte.

**M. MARTIN.** L'état de stupeur dans lequel se trouvait la malade n'a pas permis de faire l'exploration complète de la sensibilité ; pourtant, nous avons nettement constaté un certain retard dans les sensations.

**M. CHARCOT.** Au point de vue anatomique, cette pièce présente la disposition la plus habituelle dans les cas de gliosarcome ; ordinairement, en effet, ainsi que M. Cornil l'a pu constater ici, il n'y a pas de tumeur, à proprement parler ; le cerveau est transformé sur place, sans que la forme des circonvolutions soit modifiée, au moins d'une façon notable.

**26. Tumeur cérébrale, (Sarcome à petites cellules), développée au niveau du genou du corps calleux et du lobe antérieur de l'hémisphère gauche) ;** par M. PASTURAUD, interne des hôpitaux.

La nommée J... Félicie, âgée de 56 ans, ménagère, est apportée le 16 mai 1874, à l'hôpital de la Charité (service de M. EMPIS). Cette femme a été trouvée dans sa chambre, ayant complètement perdu connaissance, et a été transportée à l'hôpital par les soins de voisins qui n'ont donné aucun renseignement.

Le 16 mai à la visite du soir, elle est immobile dans son lit, paraît très-indifférente à tout ce qui l'entoure et ne répond à aucune des questions qui lui sont posées. Elle a cependant repris connaissance, elle ouvre les yeux, et après bien des difficultés, on parvient à lui faire dire deux mots : oui et non. — L'état dans lequel elle se trouve ressemble beaucoup à l'abrutissement d'une folle.

La tête est déviée à droite, et lorsqu'on veut la redresser on éprouve une très-grande résistance due à la contracture du

sterno-cléido-mastoïdien et des autres muscles du côté droit ; en même temps, la malade ressent une assez vive douleur, car elle fait une affreuse grimace et cherche à me repousser avec la main. Elle ouvre la bouche très-difficilement, et elle avale avec beaucoup de peine, même les liquides. La face n'est point déformée ; elle est mobile et présente sa coloration habituelle. Les yeux ne sont pas déviés, ils se meuvent très-bien ; les pupilles sont mobiles et n'offrent pas de différence dans leur diamètre. A l'examen des membres inférieurs et supérieurs, on ne trouve point de paralysie ; lorsqu'on soulève une des jambes ou l'un des bras, ils ne retombent pas immédiatement, et lorsqu'on pince la peau, la malade manifeste de la douleur. Il paraît même y avoir de l'hyperesthésie des membres inférieurs.

L'auscultation du cœur ne révèle rien ; on n'entend dans le poumon que quelques râles humides. Le ventre est un peu rétracté.

Le 17 mai, elle paraît moins hébétée, répond à quelques questions, mais d'une voix assez faible. On apprend ainsi qu'elle ne souffre pas, ni de la tête, ni des autres parties du corps. Elle n'a pas eu de vomissements. Elle était malade depuis quelques jours. Il est impossible d'obtenir d'autres renseignements. On lui fait appliquer des sangsues derrière les oreilles.

18 mai. — Même état, elle ouvre un peu mieux la bouche.

19 mai. — La sœur de la salle nous apprend que l'agonie a commencé à 3 heures du matin, que la face s'est cyanosée fortement, qu'elle respirait très-difficilement ; elle était morte seulement à 6 heures et demie.

J'ai cherché des renseignements près de la concierge de la maison qu'habitait cette femme. J'ai appris qu'elle était malade depuis une douzaine de jours, qu'elle gardait le lit ; elle était soignée par un médecin (dont on n'a pu me dire l'adresse ni le nom) ; elle paraissait habituellement bien portante, mais elle était un peu folle ou tout au moins bizarre. Elle habitait la maison depuis trois ans et n'avait jamais eu, à la connaissance de la concierge, d'attaques antérieures.

**AUTOPSIE. Poumons.** Congestion intense.

**Cerveau.** Stase veineuse considérable dans les méninges. On trouve en avant du corps calleux dans la scissure entre les deux lobes antérieurs, une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur est bosselée, irrégulière et a à peu près la coloration de la substance cérébrale. Elle présente des sillons qui se perdent avec les circonvolutions de l'hémisphère gauche ; elle se continue directement avec la substance cérébrale du lobe antérieur du même côté et aussi par sa base avec le

genou du corps calleux, qui semble être son point d'implantation. A la coupe, elle présente une surface injectée rougeâtre avec des points jaunes la faisant ressembler à la coupe d'un ancien foyer hémorragique. Du côté de l'hémisphère gauche avec lequel elle se continue, on trouve la substance cérébrale très-ramollie et présentant une coloration jaune, dans une étendue d'au moins 4 à 5 centimètres. — Cette tumeur était complètement indépendante du lobe droit.

M. CORNIL. J'ai aussi examiné cette tumeur et j'ai trouvé à peu près les mêmes caractères que dans celle qui vient de vous être présentée par M. Martin. Seulement ici, l'altération n'est pas limitée au tissu cérébral; il y a en réalité une tumeur formée par une série de végétations assez grosses, et qui est bien distincte des circonvolutions.

La structure histologique est très-analogue dans les deux cas; mais les cellules sont ici beaucoup plus petites; c'est un sarcome à petites cellules.

**27. Rhumatisme subaigu; endocardite ulcéreuse, foyer hémorragique du centre ovale rompu dans la cavité arachnoïdienne. Syphilis. Hépatite hyperplasique; par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.**

W... Jean-Nicolas, âgé de 44 ans, journalier, entre le 30 mai 1874 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 17 (service de M. VULPIAN).

Ce malade, bien portant jusqu'à l'âge de 24 ans, aurait eu à cette époque un rhumatisme articulaire aigu généralisé, dont il guérit en quatre semaines. Depuis lors, il n'a pas eu de nouvelles manifestations rhumatismales, ni d'autres maladies. Il y a un an, chancre induré; accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses au bout de six semaines; il suivit, pendant trois mois, un traitement mercuriel. Depuis trois semaines, douleurs assez vives dans les épaules, les poignets, les genoux; le malade garda la chambre une dizaine de jours; puis il se remit au travail; il fut repris de nouveau et entra à l'hôpital.

21 mai. Homme assez amaigri, à teint cachectique; il n'y a pas à proprement parler d'ictère, mais la peau est jaunâtre, sèche, surtout sur l'abdomen; les sclérotiques sont également jaunâtres. Il se plaint de souffrir dans les genoux et dans les épaules: les deux genoux sont un peu tuméfiés, surtout le gauche; les mouvements déterminent de la douleur; celle-ci est également augmentée par la pression; légers craquements

dans l'articulation de l'épaule gauche. La peau est sèche, il y a un peu de fièvre; la langue est blanche; peu d'appétit; constipation.

La verge, au niveau du filet, présente les traces d'un chancre cicatrisé; les ganglions inguinaux sont durs, roulent sous le doigt; de chaque côté, pléiade ganglionnaire. Les ganglions du triangle sus-claviculaire sont également un peu engorgés. Taches arrondies, cuivrées, à la face interne des cuisses et des mollets.

**Pas d'albumine dans les urines.** L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans les poumons. L'auscultation du cœur fait entendre deux souffles, à siège distinct, l'un à la base, l'autre à la pointe. La percussion montre que le cœur est augmenté de volume, sa pointe bat dans le 7<sup>e</sup> espace intercostal; léger frémissement à la palpation au niveau du sein. Le pouls est peu développé, petit; parfois il manque une pulsation. Le malade dort mal; souvent il a très-chaud la nuit; il a beaucoup de rêves.

**22 mai.** L'auscultation du cœur indique très-nettement le bruit de la pointe, et peut-être un bruit au deuxième temps, à la base. *Traitement*: Sulfate de quinine, 1 gr.; vin de quinquina.

**23 mai.** Même traitement. Les articulations vont mieux; le malade est sans fièvre. Le bruit du 2<sup>e</sup> temps à la base est très-net; celui de la pointe a disparu.

**24-25 mai.** Etat général bon. Le pouls est généralement bondissant, le tracé sphygmographique est bien celui de l'insuffisance aortique.

**26 mai.** Même état. A onze heures du soir, le malade, qui s'était couché comme d'habitude, se leva; il appela le garçon et parvint, avec son aide, à remonter au lit; vers 2 heures du matin, celui-ci passant près du lit du malade, entendit des ronflements très-forts; il n'y prit pas garde autrement.

**27 mai.** Le malade ronfle toujours; il est dans un état apoplectique complet; la joue droite est flasque; chaque respiration le distend outre mesure. La jambe et le bras du côté droits sont fortement contracturés, sans paralysie. Lorsqu'on pince un peu fortement, on détermine des mouvements réflexes accentués. Le cœur bat très-vite; on ne distingue plus rien dans son rythme; le pouls est petit, fréquent.— Le soir, le malade est dans le même état, la face est cyanosée.

**28 mai.** La contracture a presque totalement cessé, le malade est toujours dans un coma profond; les muscles de la joue sont revenus à leur état normal. — Le soir, l'état comateux est encore plus profond; la contracture est revenue; le malade meurt dans la nuit.

**AUTOPSIE** faite le 29 mai. — *Cavité thoracique.* — Quelques adhérences pleurales au sommet des *poumons*. Œdème pulmonaire du lobe inférieur gauche ; il en existe un peu à droite, mais beaucoup moins prononcé.

Pas de tubercules ; pas d'infarctus ; pas de noyaux d'apoplexie. Le *cœur* est mou, volumineux. Hypertrophie du ventricule gauche. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont le siège de petites ulcérations, dont le pourtour en relief est bourgeonnant. La valve adossée à la mitrale présente un noyau du volume d'une petite noisette ; ce noyau est creusé à son centre, il est mou, à surface irrégulière ; sa coloration est grise, jaunâtre, on dirait un gros bourgeon charnu infiltré de pus. — Pas de caillots. — Rien à signaler dans le cœur droit.

*Cavité abdominals.* Le *foie* paraît un peu plus volumineux qu'à l'état normal ; il a cependant sa consistance ordinaire, mais sa coloration sur des coupes est modifiée : au lieu de présenter une coloration rouge, uniforme, celle-ci est teintée çà et là de nuances grises, ce qui donne à l'organe un aspect tout particulier. Légère hypertrophie de la *rate*, quelques plaques de périsplénite. Rien à noter dans les *reins* et l'intestin, pas de dégénérescence amyloïde.

*Système nerveux.* Pas d'épaississement des méninges.

Du sang a fait irruption dans la cavité inter-arachnoïdienne ; il existe un vaste caillot, épais d'un centimètre environ, moulé à la surface des circonvolutions. Ce caillot, par sa face supérieure, est très-adhérent à la dure-mère ; il est déjà entouré d'une sorte de néo-membrane en voie de formation, qui l'aurait enkysté. La corne sphénoïdale gauche est détruite ; c'est par là que le sang s'est fait jour ; les coupes font voir que le foyer hémorragique s'est produit dans le centre blanc. — Rien dans les corps opto-striés ; rien non plus dans les ventricules ; pas de liquide en quantité exagérée.

*Examen microscopique.* — L'examen histologique du foie, dont les caractères microscopiques étaient si peu marqués qu'au premier abord on crut l'organe sain, montre l'existence d'une hépatite interstitielle généralisée. Cette hépatite est essentiellement caractérisée par une multiplication de noyaux autour des flots hépatiques ; ceux-ci sont détruits dans certains points ; les noyaux se sont substitués aux cellules hépatiques ; on dirait des gommés en voie de formation ; pourtant, nulle part il n'existe de nodules, si petits qu'on les suppose. — La lésion est distribuée inégalement : certaines parties sont remplies de noyaux ; d'autres en présentent très-peu. — Çà et là, ces noyaux ont comme disséqué les lobules hépatiques ; ils pénètrent dans leur intérieur, jusqu'à la



veine centrale dont la paroi est épaissie, en suivant les capillaires.

**28. Tuberculose aiguë; tumeur des ganglions mésentériques;**  
par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Moldes Louis, âgé de 37 ans, balayeur, entre le 22 avril 1874 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 17 (service de M. VULPIAN). Pas d'antécédents héréditaires. Il y a deux ans, vomissements assez abondants ayant duré seulement quelques jours et pour lesquels le malade fut traité à la Charité par les douches froides et le sirop de morphine. Pas d'alcoolisme. Le malade s'enrhumait assez facilement l'hiver; pourtant il ne fut pas forcé d'interrompre son travail. Au mois de mars dernier, il se mit à tousser, et depuis lors la toux a continué; point d'hémoptysie. Légère dyspnée; fièvre venant le soir; affaiblissement graduel; transpirations nocturnes; perte d'appétit.

22 avril. Homme amaigri; les pommettes sont saillantes et légèrement colorées; barbe rare; perte de l'appétit, mais digestions bonnes; sueurs assez abondantes. Pouls dur et fort; 98 pulsations. Par la palpation de l'abdomen, sous l'extrémité des dernières fausses-côtes du côté droit, on perçoit nettement l'existence d'une masse dure, lobulée, complètement libre; cette masse paraît composée de cinq ou six tumeurs différentes, dont le volume varie depuis celui d'un petit œuf jusqu'à celui d'une noix; elles sont soulevées par les pulsations artérielles; on les déplace assez facilement; les mouvements d'ascension et de descente du diaphragme sont sans influence sur elles; le malade n'avait pas conscience de leur existence. La rate et le foie ont leur volume normal. Submatité à la percussion dans la fosse sus-épineuse du côté droit; on entend à l'auscultation quelques râles sibilants disséminés çà et là; expiration un peu soufflante au sommet droit.

*Les jours suivants*, pas de changement dans l'état du malade.

27 avril. T. R. 39°, 8. Soir. T. 40°, 3.

28 avril. Le malade est très-abattu; aspect un peu typhoïde; dyspnée: rien à l'auscultation. T. R. 39°, 4. — Soir. T. 39°, 8.

29 avril. Prostration; langue blanchâtre; tendance au muquet; acidité de la bouche. Submatité dans les deux tiers supérieurs en arrière du poumon droit; expiration prolongée; bronchophonie; quelques râles sous-crépitaux. T. R. 39°, 5. — Soir. T. 39°, 6.

30 avril. Un peu d'albumine dans les urines; acide urique en excès. T. R. 40°, 4. — Soir. T. 39°.

1<sup>er</sup> mai. Les râles sous-crépitaux dans la fosse sus-épineuse droite sont plus abondants. T. R. 39°, 2. — Soir. T. 39°, 2.

2 mai. Râles sous-crépitaux fins, dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, en arrière; souffle profond dans les fortes inspirations. T. R. 38°, 7. Vésicatoire. — Soir. T. 39°.

3 mai. Dyspnée considérable; même état pulmonaire; T. R. 38°, 4. — Soir. T. 40°, 3; râle trachéal.

4 mai. Mort à 6 heures du matin.

AUTOPSIE, le 5 mai. *Cavité thoracique.* Les plèvres contiennent une petite quantité de liquide; pas d'adhérences au sommet. Poumon gauche: sur toutes les coupes on aperçoit des granulations blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet, surtout dans le lobe inférieur; au sommet, tubercules plus anciens, entourés de noyaux de pneumonie caséeuse. Poumon droit: même aspect sur les coupes; noyaux considérables de pneumonie ancienne guérie; ces noyaux divisés ont l'aspect de papier brun parcheminé; ils sont très-durs. Ganglions péri-bronchiques indurés; quelques-uns sont caséeux. *Cœur.* Tache laiteuse sur le péricarde; légère hypertrophie du ventricule gauche.

*Cavité abdominale.* Foie volumineux; le tissu est mou et se déchire avec une grande facilité; transformation graisseuse évidente. Rate volumineuse, se déchirant facilement; elle a l'aspect de la rate d'un sujet mort de fièvre typhoïde. Pas de dégénérescence amyloïde. Dans le mésentère, un peu au dessous de la rate, existe une masse du volume du poing; ce sont les *ganglions mésentériques*; il y en a une dizaine gros comme des noix; les uns sont durs, fibreux, d'autres sont ramollis. Les reins sont fortement congestionnés.

*Système nerveux.* Rien de particulier à noter.

*Examen microscopique.* Les ganglions mésentériques engorgés sont durs, fermes et d'apparence fibreuse pour la plupart; ils ont le volume d'une noix ordinaire; sur une coupe verticale, presque tous ont cette même apparence fibreuse; d'autres, au contraire, offrent bien un cercle périphérique fibreux, mais leur centre est ramolli, blanc-jaunâtre.

Sur des coupes minces, après durcissement convenable, voici ce qu'on observe: un développement abondant du tissu conjonctif réticulé, dessinant des mailles assez larges, dans l'intérieur desquelles sont des cellules très-volumineuses pour le plus grand nombre, contenant un ou plusieurs noyaux; cette disposition est surtout très-manifeste sur la périphérie des coupes. Au centre, on voit que le stroma fibreux du ganglion est épaissi, augmenté de volume; point de dégénérescence graisseuse. Les poumons, examinés dans les points où existent les granulations, montrent un amas de

petits éléments cellulaires, dépourvus de vaisseaux; au centre, fines granulations graisseuses.

Dans les poumons, et ce fait est parfaitement en rapport avec les données cliniques, il y a eu une poussée de granulations tuberculeuses, mais à quelle lésion des ganglions avons-nous eu affaire? A coup sûr à des tubercules, peut-être à un carcinome; mais il serait bien singulier qu'il eût évolué sans provoquer de douleur, sans que le malade en eût eu conscience, car il ne se doutait nullement qu'il avait une tumeur abdominale.

**22. Cancer primitif de la plèvre, propagé au poumon; généralisation; par M. DAROLLES, interne des hôpitaux.**

Plavinet, maçon, âgé de 49 ans, entre le 1<sup>er</sup> avril 1874, à l'Hôtel Dieu (service de M. MOISSENET), salle Ste-Jeanne, n° 63. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires, pathologiques et hygiéniques.

Il fait remonter à quatre mois environ, le début de sa maladie. Le début fut marqué par une toux sèche, quinteuse, un peu douloureuse, apparaissant surtout le matin. Un mois plus tard survinrent des douleurs très-vives dans le côté gauche, douleurs continues, entrecoupées par des élancements transversaux, qu'exagéraient les mouvements respiratoires, les efforts et le décubitus latéral gauche. Les douleurs persistèrent sans amélioration pendant quatre mois, et les traitements les plus variés ne purent en diminuer l'intensité. En même temps, les forces décroissaient, l'appétit se perdait et l'amaigrissement faisait de rapides progrès.

Au moment de l'entrée, l'émaciation est très-prononcée et la peau présente une légère teinte jaune-paille. Comme symptôme dominant, le malade annonce des douleurs névralgiques dans le côté gauche. L'examen minutieux du thorax ne révèle pas de traces de fracture ancienne, pouvant expliquer ces névralgies persistantes. Celles-ci occupent les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> nerfs intercostaux gauches.

Sonorité à la *percussion* normale dans toute l'étendue du côté droit. A gauche, submatité dans la région sous-claviculaire s'étendant jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte; submatité au sommet de l'aisselle; sonorité normale dans les autres points. *Vibrations thoraciques* normales des deux côtés. A l'*auscultation*, diminution du murmure vésiculaire en avant et au sommet, à gauche. Râles sous-crépitaux aux deux bases, mais beaucoup plus nombreux à gauche. Les bruits du cœur ont leur timbre habituel, et ont conservé leur rythme normal.

Perte de l'appétit. Pas de dyspepsie; ni diarrhée, ni consti-

pation. Les urines, en quantité normale, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le creux sus-claviculaire gauche est soulevé par une tumeur, qui au toucher est composée de petites masses très-dures, agglutinées les unes aux autres ; dans l'aisselle gauche un ganglion de même consistance ; on ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire dans les autres régions. Du reste, la rate et le foie ont leur volume habituel et le sang examiné au microscope ne présente pas d'augmentation dans le nombre des globules blancs.

Cette toux sèche et quinteuse, ces névralgies persistantes et rebelles à tout traitement, la dureté de la masse ganglionnaire qui soulève la région sus-claviculaire gauche, les signes fournis par l'auscultation et la percussion au niveau du sommet gauche, et enfin l'amaigrissement et l'affaiblissement graduels du malade, tel est l'ensemble symptomatique sur lequel on s'appuie pour porter immédiatement le diagnostic de *cancer de la plèvre*.

5 mai. Malgré les traitements les plus variés, la douleur persiste. L'affaiblissement s'accroît de plus en plus et l'appétit est complètement aboli. Le malade attire aujourd'hui notre attention sur un engourdissement ou fourmillement qu'il éprouve dans le bras gauche, et qui est survenu dans la nuit. En explorant le creux axillaire gauche, nous trouvons 4 ganglions engorgés et durs. Au tiers supérieur du bras, sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, est située une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, attendant à la longue portion du triceps, dont elle suit tous les mouvements.

Cette tumeur dont le grand axe est parallèle à l'axe du bras, est peu mobile, sans adhérence à la peau, peu douloureuse à la pression, mais d'une dureté pierreuse. L'amas ganglionnaire qui soulève le creux sus-claviculaire, a un peu augmenté de volume. Deux ganglions dans le creux axillaire droit.

La toux est toujours fréquente. Le crachoir est au tiers rempli de mucosités grisâtres non aérées et sillonnées par quelques stries sanglantes. C'est, du reste, un fait qui se reproduit tous les jours depuis que le malade est en observation. Matité plus complète au sommet gauche. Respiration tout aussi obscure qu'au début ; quelques râles crépitants peu nombreux.

19 mai. Constipation depuis huit jours. (25 grammes d'huile de ricin.)

20 mai. Le malade se plaint d'éprouver une sensation de roideur à l'articulation tibio-tarsienne gauche. On constate un léger gonflement du pied et de la jambe gauches. Les vei-

nes superficielles du mollet, et surtout la saphène externe, se dessinent sous la peau et roulent sous les doigts.

L'extrémité externe de la clavicule gauche est tuméfiée et fort douloureuse à la pression. La percussion est douloureuse en avant et à gauche. Matité complète au niveau de la première pièce du sternum. L'auscultation fait percevoir, au sommet gauche, des râles sous-crépitaux nombreux, dont quelques-uns, très-superficiels, donnent l'idée du frottement pleural.

En arrière, on trouve sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale trois petites tumeurs sous-cutanées de la grosseur d'un noyau de cerise. La plus élevée, située à côté de l'apophyse épineuse de la troisième dorsale, est très-dure et intimement adhérente à la peau, qui est rouge et amincie à son niveau. Les deux autres tumeurs ont aussi une consistance considérable, mais elles n'ont pas encore contracté d'adhérence avec les téguments.

*Soir.* — Le malade éprouve des douleurs horribles dans membre inférieur gauche. La tuméfaction a envahi la cuisse jusqu'au pli de l'aîne. La peau a un aspect violacé. Les veines sous-cutanées sont le siège de coagulations sanguines manifestes. Le frottement le plus superficiel, le poids même des draps arrachent au malade des cris de douleur. Température de la jambe gauche diminuée. Les battements du cœur sont faibles, intermittents et très-irréguliers.

22 mai. L'œdème du membre inférieur gauche a augmenté; hyperesthésie considérable.

Le facies du malade a subitement changé depuis hier. L'amaigrissement de la face a atteint en quelques heures ses dernières limites; les yeux sont profondément excavés. Sueurs profuses. Crachats spumeux en quantité; quelques stries de sang mélangées aux crachats. Les battements du cœur sont faibles, irréguliers et intermittents. Mêmes phénomènes du côté du poulx.

24 mai. Affaiblissement extrême; aphonie complète. Le crachoir renferme des mucosités aérées intimement mélangées à du sang. Cette expectoration sanglante est survenue sans dyspnée, et sans points de côté subits. Sur la paroi abdominale, au niveau du tiers supérieur du muscle grand droit, ont apparu trois petits nodules, non adhérents à la peau. La faiblesse dans laquelle se trouve le malade nous défend de procéder à l'examen de la poitrine: il meurt le 24 mai, à quatre heures du soir, sans présenter de phénomènes dignes d'être notés.

AUTOPSIE, faite le 25 mai, à quatre heures du soir.

*Organes thoraciques.* En enlevant le sternum, on trouve,

en arrière de la poignée, un paquet de ganglions engorgés, qui se continue avec les masses de même nature situées dans le creux sus-claviculaire gauche.

Ces ganglions sont durs à la pression, crient sous le scalpel, présentent une surface de section blanchâtre. Quelques-uns sont ramollis à leur centre. Les deux cavités pleurales ne renferment pas de liquide. L'extraction du poumon gauche présente quelques difficultés; il n'est pas aisé, en effet, de séparer le sommet de ce poumon des parties auxquelles il adhère. Par son point culminant, il se confond avec les ganglions dégénérés du creux sus-claviculaire; par sa partie postérieure, il est intimement uni à la portion de la plèvre pariétale correspondante par un tissu dur et d'une épaisseur de 1 centimètre  $1\frac{1}{2}$  environ; aussi est-on obligé de sectionner les tissus pour extraire l'organe.

Le lobe supérieur gauche est coiffé d'une coque dure, blanchâtre, qui s'étend plus sur sa face postérieure que sur sa face antérieure; cette production crie sous le scalpel, et une coupe verticale du lobe supérieur prouve que le parenchyme a été envahi dans toute son étendue. Celui-ci est dur, blanc grisâtre.

Les tuyaux bronchiques sectionnés sont rétrécis et présentent des parois considérablement épaissies. Il semble que la dégénérescence n'occupe que les parois des bronches. La pression fait écouler de la surface de coupe un liquide gluant et rougeâtre. Ce liquide, examiné au microscope, ne contient que des globules rouges et des cellules cylindriques à cils vibratils en quantité innombrable. Un liquide de même nature remplit complètement la bronche gauche.

Le lobe supérieur est intimement uni au lobe inférieur, qui présente, dans une étendue de 2 centimètres carrés, un noyau cancéreux en parfaite continuité avec le tissu morbide du lobe supérieur.

À droite existent quelques adhérences anciennes et faciles à détacher. Le lobe moyen renferme un petit noyau cancéreux. Dans le lobe inférieur, deux infarctus récents, de la grosseur d'une noix de moyen volumé.

Trois petits noyaux cancéreux dans le corps thyroïde. Le larynx est intact.

La plèvre pariétale gauche, dans sa partie supérieure et postérieure, est, comme nous l'avons déjà dit, considérablement épaissie et dégénérée en une masse squirrheuse. Ce tissu morbide englobe dans son sein les quatre premières côtes, qui se fracturent sous un effort très-faible à leur tiers postérieur. Le corps des quatre premières vertèbres dorsales est très-friable et se laisse facilement pénétrer par la pointe

du couteau. Mais cette friabilité ne s'étend qu'au tiers antérieur du diamètre antéro-postérieur des corps vertébraux. Il est impossible de retrouver, par la dissection, les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> nerfs intercostaux, qui semblent être confondus avec le tissu cancéreux.

Dans l'intérieur du canal vertébral, on constate une expansion de la tumeur sous forme d'une masse allongée proéminente de 2 à 3 millimètres, qui semble s'être introduite par le trou de conjugaison situé entre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vertèbres dorsales.

*Cœur.* 50 grammes d'un liquide citrin dans le péricarde. Le feuillet pariétal est sain. Le cœur n'a pas augmenté de volume; il est flasque et mou. A la base du ventricule gauche, tout près de la cloison interventriculaire, se trouve une petite tumeur jaunâtre, dure, qui fait saillie sous le péricarde viscéral. A la coupe, on reconnaît un noyau cancéreux du volume d'une noisette. Un noyau plus petit existe dans la paroi postérieure du ventricule droit: il est probable que la présence de ces noyaux a été la cause des intermittences et des irrégularités observées pendant les derniers jours.

Les cavités du cœur sont remplies de caillots récents et anciens. Ces derniers siègent principalement dans le ventricule droit et dans les anfractuosités de l'auricule. Dans la cavité droite existe notamment une masse fibrineuse ancienne, déchiquetée, arrondie, du volume d'une petite noisette, flottant dans l'intérieur du ventricule et suspendue à un mince tractus tendineux allant d'un bord à l'autre de la cavité. Les orifices ne sont pas altérés.

Le *foie*, gras, contient deux petits noyaux. La *rate* n'est pas augmentée de volume. Le *tube digestif* est sain dans toute son étendue. Les *reins* ont leur volume normal. Le droit renferme trois noyaux, dont le plus volumineux siège à l'extrémité inférieure. Le gauche présente deux petits noyaux cancéreux. *Muscles*: La longue portion du triceps présente dans son épaisseur une masse d'un volume égal à un œuf de poule, située au milieu des fibres musculaires; elle est dure, blanchâtre à la coupe et ramollie à son centre. L'examen microscopique y fait reconnaître la structure du cancer.

**30. Hydrocèle dans un sac herniaire, formée dans l'intérieur de l'épiploon hernié, et adhérent au collet du sac; par M. KIRKSSON, interne des hôpitaux.**

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 51 ans, qui portait depuis l'âge de 16 ans, une hernie inguinale à droite, ha-

bituellement réduite ; mais depuis quelques années, la tumeur avait cessé d'être complètement réductible ; néanmoins elle ne causait pas de gêne et ne donna jamais lieu à des accidents d'étranglement. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu le 13 décembre 1873, dans le service de M. Moissenet, pour une bronchite chronique compliquée d'emphysème et d'insuffisance tricuspide ; il y fut bientôt atteint d'un œdème considérable des membres inférieurs, et, vers la fin du mois de février, il remarqua que le côté droit du scrotum devenait beaucoup plus gros ; il pensa que sa hernie était sortie plus volumineuse que d'habitude, et il tenta de la réduire, mais sans pouvoir y parvenir. Il ressentit quelques nausées, mais il n'eut pas de vomissements, et ses garde-robes ne furent pas supprimées. M. Guérin, examinant alors le malade, fit quelques tentatives de réduction qui furent sans résultat ; la forme ovoïde de la tumeur, la rénitence très-grande de la poche firent penser qu'il s'agissait d'un kyste ; une ponction exploratrice fut faite et donna issue à un liquide limpide, citrin.

Le 23 mars, le malade passe dans le service de M. GUÉRIN. Le côté droit du scrotum forme alors une masse volumineuse allongée, et comme il est moins tendu, on peut y reconnaître trois parties distinctes : 1° le testicule, de volume normal, complètement isolé de la tumeur ; 2° au-dessus du testicule, une tumeur globuleuse tendue, de la grosseur d'un œuf d'oie, mobile, pouvant être refoulée du côté de l'abdomen, mais ne diminuant pas de volume et ne changeant pas de forme par la pression ; cette tumeur ne présente en aucun point de transparence ; 3° au-dessus de la tumeur kystique, on trouve le sac herniaire séparé par un rétrécissement de la tumeur précédente ; on y sent une masse dure, glissant avec frottement sur les parois du sac, et qu'on reconnaît être manifestement de l'épiploon ; l'intestin y est refoulé dans les efforts de toux.

Le 26 mars, on fait une ponction suivie d'injection iodée à la partie externe et inférieure du kyste ; les jours suivants un gonflement notable se produit, puis le kyste diminue très-notablement de volume, mais la partie supérieure de la tumeur, c'est-à-dire, le sac herniaire lui-même devient de plus en plus tendu et volumineux. De nouveaux symptômes asthéniques graves se manifestent, et empêchent de tenter une nouvelle opération.

Le 22 mai, le malade succombe aux progrès croissants de son affection cardiaque.

AUTOPSIE. Le testicule droit est complètement distinct de la tumeur, et au-dessus de lui on trouve une poche ovoïde allongée, mesurant 12 cent. de longueur sur 5 cent. de largeur ; les enveloppes de la poche sont fendues sur la ligne médiane



antérieure, disséquées et rejetées sur les parties latérales ; on arrive alors sur une masse épiploïque volumineuse, arrondie ; au niveau du collet du sac, cet épiploon est intimement adhérent au péritoine pariétal, comme les autres enveloppes de la hernie ; toutefois cette adhérence n'est pas complète en tous les points, et à la partie postérieure, entre le contour de l'orifice inguinal et la corde épiploïque qui s'y engage, il existe un espace permettant le libre passage d'une sonde cannelée ; c'était dans cet orifice que s'engageait l'intestin dans les efforts du malade. L'épiploon lui-même étant divisé sur la ligne médiane, on arrive dans une double cavité, constituant de véritables kystes dans l'intérieur même de l'épiploon. Le supérieur est plus vaste, il est clos de toutes parts, et la sonde cannelée introduite par la partie de l'orifice inguinal demeurée libre dont nous avons parlé, n'y pénètre pas ; de sorte qu'il n'y avait aucune communication entre l'intérieur du kyste et la cavité abdominale. Au-dessous de ce premier kyste, s'en voit un second beaucoup moins volumineux, complètement séparé du précédent, constitué par l'adhérence intime du péritoine épiploïque avec le péritoine pariétal doublé lui-même de fausses membranes épaisses ; il est fermé de toutes parts ; sa paroi interne est rougeâtre ; si l'on compare son volume actuel à celui qu'il avait pendant la vie du malade, on voit que l'injection en a beaucoup diminué l'étendue.

En résumé, ce qu'il y a de spécial dans ce cas d'hydrocèle du sac herniaire, c'est que le liquide était contenu dans l'intérieur même de l'épiploon, renfermant deux kystes superposés et isolés ; de plus, ces kystes étaient bien complètement séparés de la cavité abdominale ; mais l'orifice inguinal n'était pas entièrement fermé, et une partie d'intestin pouvait encore s'introduire dans le sac ; enfin l'épaisseur des parois kystiques s'opposait à la constatation de la transparence et contribuait à augmenter les difficultés du diagnostic.

**31. Kyste sébacé de la petite lèvre droite ;** par M. KIRMISSON,  
interne des hôpitaux.

Ce kyste a été enlevé le 27 mai par M. A. GUÉRIN sur une jeune fille de 18 ans. La malade ne donne pas de renseignements précis sur le début de sa tumeur ; elle remonte, dit-elle, à 4 ou 5 ans ; depuis longtemps elle a le volume actuel ; elle n'a jamais causé de douleurs, jamais elle n'a été le siège d'inflammation. La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule ; elle est pyriforme, à grand axe vertical, nettement séparée en deux portions par un resserrement transversal situé un peu au-dessus de sa partie moyenne. Elle est de consistance

molle, pâteuse; munie d'un pédicule assez lâche, elle retombe au devant de la vulve, et à un examen très-superficiel, elle peut donner l'idée d'un petit scrotum.

Deux incisions elliptiques se rejoignant en haut et en bas circonscrivent la base de la tumeur qui est disséquée de toutes parts sans difficulté. Le kyste renferme une matière blanchâtre demi-liquide, ressemblant à du lait caillé. Au microscope, on constate dans ce liquide la présence d'un grand nombre de cellules épithéliales larges et irrégulières, et de cristaux de cholestérine. Il s'agissait donc d'un véritable kyste sébacé développé dans l'épaisseur de la petite lèvre. Or, ce kyste est aussi remarquable par son siège que par son volume. Les tumeurs sébacées de la vulve en effet sont fort rares : Huguier, dans son mémoire sur les appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme n'en cite qu'un seul exemple. Dans ce cas les tumeurs étaient au nombre de trois, et ne dépassaient pas le volume d'une noisette.

**32. Aortite avec péricardite, mort subite; par M. V. HANOT,**  
interne des hôpitaux.

Huhn Louis, 34 ans, entre le 12 mai 1874, à l'hôpital Cochin (service du docteur Bucquoy).

Rien de particulier à noter dans ses ascendants, jamais de rhumatismes. Pas de syphilis. Il avait toujours été d'une bonne santé; il ne avait fait des excès alcooliques. Le malade comprend d'ailleurs assez mal le français et répond avec peu de netteté. Il ne serait malade que depuis 3 jours; toutefois, depuis quelques mois, il souffrait de temps à autre de dyspnée passagère, d'oppression, de douleurs vagues dans le dos et derrière le sternum. Mais sa constitution robuste n'avait point été ébranlée. Il y a 8 jours la dyspnée a reparu, mais plus intense que jamais; en même temps, toux sèche quinteuse: palpitations, peu ou point de fièvre. Un médecin appelé diagnostique une endocardite, et conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

12 mai. Le jour de l'entrée, le matin, à la visite on trouve le malade assis sur son séant en proie à une vive dyspnée, la face est pâle, couverte de sueurs froides.

À l'auscultation de la poitrine, râles sibilants et quelques râles sous-crépitaux, irrégulièrement disséminés dans les deux poumons; à la percussion, pas de modification de la sonorité normale. Voussure notable de la région précordiale. À la palpation, on perçoit à peine le choc cardiaque. La matité précordiale a, en haut, à peu près les limites habituelles; en bas, elle dépasse de trois travers de doigt le mamelon. À l'auscul-

ation, les bruits du cœur s'entendent comme dans le lointain et leur rythme rappelle assez le bruit de galop. Au niveau même de la pointe, bruits du cœur à peine sensibles. Pas de souffle. Entre cette pointe et le bord gauche du sternum, bruit anormal assez rude, superficiel, très-localisé, ne coïncidant pas nettement avec les bruits du cœur. Au-dessus du mamelon, au niveau du bord supérieur de la 3<sup>e</sup> côte à droite du sternum, frottement très-net. A la partie la plus interne du 2<sup>e</sup> espace intercostal droit, au niveau du bord supérieur de la 3<sup>e</sup> côte, bruit de souffle aspiratif, au deuxième temps, se propageant le long du sternum. Bruit de souffle dans la carotide primitive gauche, coïncidant avec la diastole artérielle. Le pouls est assez régulier.

Le pouls droit est beaucoup moins développé que le pouls gauche qui est ample et dépressible. Le malade accuse des douleurs derrière le sternum, qui s'irradient dans les deux bras. — *Soir*. T. 38°, 2; P. 96; R. 32.

14 *mat*. La dyspnée a augmenté avec la pâleur. Le malade a vomi à plusieurs reprises après avoir voulu manger. Mêmes signes à l'auscultation du cœur et des poumons. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. T. 38°, 2; P. 112; R. 36. Le malade passe la journée assis sur son séant, respirant à peine.

Le *soir* il veut se lever pour aller au cabinet, il tombe comme foudroyé. La face est pâle, la peau froide; quelques respirations profondes; puis mort.

**AUTOPSIE.** *Encéphale*, sans lésions apparentes à l'œil nu. Point de turgescence des vaisseaux. Pas d'augmentation appréciable du liquide céphalo-rachidien. Artères de la base non athéromateuses.

Le *cœur*, très-volumineux, pèse 485 gr.; son diamètre vertical est de l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche. Les cavités sont absolument remplies de caillots noirâtres. Le tissu est friable, légèrement jaunâtre, surtout dans les parois des cavités droites. Intégrité de la valvule et de l'orifice mitral. Les valvules aortiques sont intactes aussi. La presque totalité de la portion ascendante de la crosse de l'aorte est dilatée anormalement. Son diamètre dépasse d'un tiers environ le diamètre moyen normal. Grâce à la dilatation de l'orifice aortique, les valvules sont indirectement insuffisantes.

La face interne de l'aorte thoracique dans presque toute son étendue est labourée de sillons rougeâtres, séparant des plaques athéromateuses et gélatiniformes plus ou moins saillantes, plus ou moins irrégulières. Ces altérations sont surtout accusées dans la crosse où les ulcérations sont plus profondes, ont une teinte rouge plus vive. Sur la droite de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, à un centimètre au-dessus

du bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte, la membrane moyennue a cédé, et la membrane externe forme une petite poche en doigt de gant de 1 cent. de long sur 1 cent. de large. Sur la portion intra-péricardique de la crosse, cette membrane externe est épaisse, tomenteuse, rougeâtre. L'orifice des artères coronaires est libre et a son diamètre normal; il en est de même pour l'orifice des artères carotide primitive et sous-clavière gauches. L'orifice du tronc brachio-céphalique est tellement rétréci, qu'il donne à peine passage à un stylet de trousse.

Le feuillet viscéral du *péricarde* est épaissi, rougeâtre, vil-leux. A la pointe du ventricule gauche, plaque plus épaisse d'une étendue de 3 cent. carrés environ. A la partie antérieure de l'oreillette droite, un peu au-dessus du sillon, plaque plus épaisse à peu près de même étendue. La face interne du feuillet pariétal ne présente que quelques granulations inflammatoires. La portion du péricarde qui, à la base du cœur, se réfléchit sur les gros vaisseaux, est épaissie, rougeâtre tomenteuse; à droite et à gauche du massif des deux gros vaisseaux, on trouve une bride inflammatoire, large de 1 cent. environ, étendue entre les deux feuillets. Peu ou pas de liquide dans la cavité du péricarde. Quelques petites plaques athéromateuses sur les artères des membres.

*Poumons* fortement congestionnés, comme injectés avec du sang noir. Léger épanchement à la base des deux cavités pleurales. Pas de lésions des feuillets pleuraux.

Foie congestionné, pèse 1320 gr. Rate congestionnée, pèse 230 gr. Rein droit pèse 175 gr. Rein gauche pèse 150 gr. Surface externe chagrinée se séparant assez difficilement de ses capsules fibreuses; quelques infarctus du volume d'un grain de millet.

RÉFLEXIONS. — La complication de la péricardite dans le cours de l'aortite, semble ne pas être très-rare. Quelques jours avant que nous eussions observé notre malade, mon collègue, M. Léger (1), faisait, dans le même hôpital, l'autopsie d'un homme atteint aussi d'aortite avec insuffisance relative des valvules et qui succombait avec les symptômes d'une péricardite aigue survenue en dehors de toute disposition rhumatismale.

M. Peter, rapporte dans sa *Clinique*, des cas identiques : M. Peter a insisté sur la mort subite qu'il a observé chez ses malades, comme nous l'avons vue survenir chez le nôtre : il l'attribue à la névrite par propagation du plexus cardiaque.

---

(1) Voir l'obs. de M. Léger, dans les *Bulletins de la Société*. (Année 1874).

Dans les cas où, comme dans notre observation, il existe en même temps une insuffisance aortique relative, cette mort subite pourrait rentrer simplement dans le groupe des morts subites par insuffisance aortique sans inflammation de l'aorte.

La péricardite aide sans doute à la production de la syncope terminale. Toutefois, comme nous n'avons pu faire un examen concluant de l'état du plexus cardiaque, nous ne pouvons repousser absolument pour notre observation, l'explication de M. Peter.

M. Peter admet que la péricardite se fait par propagation de l'inflammation aortique : dans notre observation, la disposition des lésions permet complètement une telle hypothèse.

Il faut signaler encore une particularité intéressante, c'est-à-dire l'inégalité des deux pouls radiaux observée pendant la vie. On a vu qu'elle s'expliquait par l'oblitération plus ou moins complète de l'ouverture dans la crosse aortique du tronc brachio-céphalique.

Cette inégalité des pouls radiaux et carotidiens dans l'aortite, même avec très-peu de dilatation, est un fait assez commun. Nous l'avons encore trouvé chez trois autres malades. Chez l'un d'eux l'autopsie démontra que l'inflammation de la membrane interne de l'aorte avait oblitéré en partie l'ouverture de l'artère sous-clavière gauche. Une cause analogue existait très-probablement chez les deux autres malades. L'inégalité du pouls ne peut donc être un signe de diagnostic entre l'anévrisme de la crosse de l'aorte et l'aortite avec ou sans insuffisance relative des valvules aortiques, avec ou sans un certain degré de dilatation.

### 33. Paralysie infantile ; par M. VALLÉRIAN, interne des hôpitaux.

Les pièces proviennent de la nommée Marie M..., 85 ans, entrée le 11 mai, à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. LE DENTU), pour un petit panaris de la phalange du 3<sup>e</sup> doigt de la main droite. La malade est morte le 21 mai, à la suite d'une angioleucite maligne.

C'est à l'autopsie seulement que l'attention a été attirée du côté du membre inférieur droit. A défaut des renseignements qu'aurait pu donner la malade elle-même, nous avons appris qu'elle marchait assez bien, quoiqu'en boitant un peu. La paralysie datait de l'enfance, à ce qu'elle racontait, elle se plaignait assez souvent de douleurs dans le pied droit.

Les deux jambes ont sensiblement le même volume. Le pied droit semble plié en deux, le talon faisant avec la partie

antérieure du pied un angle obtus, ouvert en bas. Le pied semble raccourci d'avant en arrière. La voûte plantaire existe, sans qu'il y ait de pied creux bien manifeste. La pointe du pied est ramenée en dedans, le talon très-saillant. Le plan que forme la voûte plantaire est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Cette disposition semble se rapporter à celle que M. Duchenne a décrite sous le nom de talus-varus.

Voici les résultats de la dissection des muscles de la jambe. Tous les muscles de la couche postérieure, profonds et superficiels, sont grasseux ; sur des coupes transversales, on voit que la dégénérescence grasseuse a envahi tous les faisceaux musculaires sans exception. Le long péronier latéral présente des faisceaux musculaires intacts, à côté d'autres faisceaux devenus grasseux. Cette disposition se voit très-bien sur une coupe transversale du muscle. Le court péronier latéral est absolument grasseux.

Les muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil ont leur coloration normale, et paraissent sains. Seul, le péronier antérieur est grasseux. Quant aux muscles du pied, tous, sans exception ont subi la dégénérescence grasseuse. Pour des raisons administratives, nous n'avons pu examiner les muscles de la cuisse droite, pas plus que les muscles du membre inférieur gauche.

L'examen *microscopique* des muscles a été fait par nous dans le laboratoire de M. Vulplan. Les muscles de la couche antérieure (jambier antérieur, extenseur commun, et extenseur propre du gros orteil), sont sains ; les fibres musculaires ont leur volume et leur striation normale. Le péronier antérieur, le court péronier latéral offrent les mêmes lésions que les muscles de la couche postérieure de la jambe et les muscles du pied. On y voit une grande quantité de vésicules adipeuses, avec de minces fibrilles de tissu conjonctif qui deviennent plus visibles par l'addition d'acide acétique. Dans chaque préparation, on trouve un plus ou moins grand nombre d'éléments, qui ressemblent à des gaines de sarcolemme pleines de granulations ; leur diamètre est égal à la moitié seulement de celui des fibres musculaires saines. Il semble que dans ces gaines, la substance fondamentale ait disparu pour faire place à des granulations. On ne trouve en aucun point de fibre musculaire ayant conservé sa structure normale.

Plusieurs des nerfs de la jambe ont été examinés, et nous ont paru sains.

L'état du squelette du pied et l'examen microscopique de la moelle seront l'objet d'une nouvelle présentation.

**34. Fibromé de l'utérus ; par M. ZIMBICKI, interne des hôpitaux.**

Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, ne présente en elle-même rien de particulier, et n'offre d'intérêt que parce qu'elle a été expulsée sans intervention chirurgicale. La malade âgée de 57 ans, a eu depuis quelques années, à 6 reprises différentes des tumeurs qui se sont ainsi pédiculisées, et deux fois, il y a eu expulsion spontanée.

**35. Tuberculose génito-urinaire avec hernie du testicule. Gangrène du membre inférieur ; par M. CARTAZ, interne des hôpitaux.**

M... Théodore, âgé de 43 ans, maçon, entre le 2 mars 1874, à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 43 (service de M. LANNÉ). Habituellement bien portant, il n'accuse rien dans ses antécédents héréditaires, n'a jamais eu ni syphilis, ni rhumatisme. Il porte depuis cinq ans une hernie inguinale à gauche.

En 1870, sans cause connue, et sans avoir éprouvé autre chose que des douleurs vagues dans la région abdominale, il s'aperçut qu'il laissait écouler involontairement ses urines. Aucune contusion, aucun accident les jours précédents. Pas de douleurs rénales, pas de troubles de la motilité dans les membres inférieurs. Le malade n'avait pas prêté grande attention à cette incontinence, incomplète d'ailleurs, lorsque 8 jours après, il perdit à trois reprises, à la fin de l'émission des urines, une certaine quantité de sang par le canal. Depuis ce moment l'incontinence a persisté plus ou moins forte, sans être modifiée par divers traitements. C'est alors qu'aurait débuté la toux. Jamais d'hémoptysie. Dépérissement progressif.

Vers les premiers jours de janvier 1874, il remarqua que les testicules étaient tuméfiés ; son attention n'avait été attirée de ce côté que par un peu de douleur. L'amaigrissement était assez prononcé depuis quelques mois. Il entra alors à l'hôpital.

**2 mars.** Sujet amaigri, d'une pâleur remarquable, se traînant avec peine. Pas d'appétit, toux fréquente ; expectoration purulente. — La percussion ne dénote rien de bien significatif ; pourtant au sommet droit, en arrière, il existe dans la fosse sus-épineuse, une perte d'élasticité, sans matité bien nette. A l'auscultation, râles humides aux sommets des deux poumons ; en arrière, râles fins disséminés dans toute l'étendue des poumons. Rien au cœur. Le membre inférieur gauche est le siège d'un léger œdème ; rien de semblable du côté droit.

Le testicule droit, du volume d'un œuf de dinde environ, à peu

près régulier dans sa forme, présente 2 points ramollis, l'un au niveau du bord antérieur et inférieur, l'autre vers la partie moyenne. Au même point existe une petite ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes, circonscrite par la peau du scrotum, taillée franchement, comme à l'emporte-pièce; les tuniques sont, à la périphérie de cette ulcération, adhérentes au testicule droit dont on reconnaît l'albuginée à sa blancheur et à son aspect nacré. Du côté gauche, hernie inguinale assez volumineuse et au-dessous, le testicule d'un volume normal, présentant des bosselures au niveau de l'épididyme. Des deux côtés, le cordon est augmenté de volume, engorgé; il y a prédominance du côté gauche. Le toucher rectal fait reconnaître une hypertrophie considérable de la prostate qui fait saillie dans le rectum. Ecoulement continuuel d'urine qui a déterminé un érythème de la partie supérieure et interne de la cuisse. Les urines sont troubles, avec un dépôt notable de muco-pus albumineux.

Peu après l'entrée, l'état général s'aggravait rapidement; l'ulcération du scrotum s'agrandissant, laissait peu à peu voir la totalité du testicule droit faisant hernie à travers cette ouverture, sans changement dans sa coloration normale. Cette ouverture avait 4 centim. 1½ sur 3 1½ environ.

**17 mars.** Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Amaigrissement profond. Urines très-troubles.

**25 mars.** Petite plaque de sphacèle au niveau de l'érythème, c'est-à-dire à la partie supéro-interne de la cuisse. La gangrène s'étend lentement à tout le membre, descendant du côté du pied. Le malade meurt le 4<sup>or</sup> avril.

**AUTOPSIE. — Thorax.** Adhérences pleurales nombreuses et assez résistantes du côté droit. Poumon droit farci de granulations avec petites cavernes au sommet. Poumon gauche: lobe supérieur également farci de granulations; le lobe inférieur en contient aussi, mais en moindre quantité. *Cœur*: caillots assez mous dans les deux cavités; petite plaque athéromateuse, non calcaire, sur l'aorte au niveau de sa courbure.

**Abdomen.** Le foie résiste un peu à la coupe, est légèrement grasseux et augmenté de volume. Rate saine. Le rein droit a un volume à peu près normal; les pyramides ont disparu sous une teinte blanc-grisâtre, caractéristique de la dégénérescence grasseuse. A la surface extérieure, on trouve de petits amas caséux, du volume d'un pois au nombre de 7 à 8 et d'une épaisseur de 1 à 2 millim. A la coupe, on trouve dans toute l'épaisseur du rein de petits amas caséux du même genre disséminés dans le tissu. Le rein gauche est augmenté de volume, bosselé à la surface et présente des points ramollis



et fluctuants; à la coupe, on trouve une série de cavernes (8 à 10) pouvant admettre une amande, quelques autres une noix, séparées les unes des autres par de petits tractus de parenchyme complètement dégénérés et sclérosés sur quelques points.

L'intestin ne présente en aucun point d'ulcération et le péritoine est intact, sauf au niveau du cœcum où on trouve de petits amas de tubercules confluents. En ouvrant cette partie de l'intestin (cœcum), on voit au-dessus de la valvule iléo-cœcale une large plaque de 6 cent. faisant sur la muqueuse une saillie de 7 m.m. et parfaitement limitée. Cet amas caséeux est entouré de quelques tubercules isolés. En aucun autre point du tube intestinal, on ne trouve de traces de tubercules.

Du côté des *organes génitaux*: tuberculose des deux testicules qui sont blanchâtres, caséux, avec envahissement de tout le cordon. La prostate et les vésicules séminales forment avec le bas-fond de la vessie une masse caséuse, informe, dans laquelle on ne peut distinguer aucun organe; cette masse fait dans la vessie un relief de 2 c. sur une largeur d'environ 7 c. ayant envahi le col vésical (ce qui rend compte de l'incontinence) et donnant au premier abord l'aspect d'un fungus vésical. Rien du côté du rectum. A gauche, dans le canal inguinal, sac herniaire d'une longueur de 6 c. admettant facilement le doigt.

RÉFLEXIONS. — Le point intéressant de ce cas réside dans la hernie du testicule au travers de l'ulcération scrotale; la moitié de l'organe fait saillie en dehors des enveloppes par une ouverture qui mesure 6 c. en hauteur sur 3½ m.m. de large. Mais ces enveloppes découpées très-nettement ne laissent glisser un stylet, passé au-dessous d'elles, qu'à une profondeur de 4 à 5 millim. En ce point, elles sont intimement adhérentes à la surface de l'organe dont la tunique albuginée n'offre d'autre altération qu'une surface légèrement rugueuse.

Il n'est pas douteux que, la vie du malade se prolongeant quelque temps encore, le testicule ne se fût échappé complètement de la cavité scrotale ou que, subissant au contact de l'air extérieur ou de l'écoulement urinaire une inflammation chronique, il ne se fût recouvert de bourgeons charnus et n'eût formé la tumeur dite *fungus bénin*. Aussi serions-nous disposé à regarder cet état pathologique comme le premier stade du fungus testiculaire.

La gangrène du membre inférieur, étendue du pied à la racine de la cuisse, n'offre aucune particularité saillante; les caillots s'étendaient jusqu'à une hauteur de 7 c. dans la veine cave inférieure dont les parois étaient extrêmement friables.

**Elections.**

M. URDY est nommé *membre correspondant* de la Société Anatomique.

*Le secrétaire,*  
A. SEVESTRE.

---

JUIN 1874.

*Séance du 5 juin.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**1. Absence du péricarde par arrêt de développement; par M. LEBEC, aide d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Nantes (1).**

Voici l'anomalie que j'ai rencontrée en disséquant le nerf phrénique : Le thorax avait été ouvert en sectionnant les cartilages costaux près de l'extrémité des côtes, le sternum rabattu sur l'abdomen. Je tombai sur le médiastin antérieur, qui se présenta sous la forme d'une cloison allongée placée un peu à gauche du sternum. A la partie inférieure on ne voyait pas le renflement que détermine la présence du cœur. En détachant l'insertion supérieure du médiastin, j'aperçus le cœur couché sur le poumon gauche, complètement dépourvu de la poche fibreuse qui le renferme habituellement.

Les parties étant écartées on peut voir :

A. — A la partie supérieure : Du côté de la paroi du médiastin, un petit cul-de-sac (1) qui commence à 5 centimètres de la base du cœur et se prolonge le long de l'aorte jusqu'à une profondeur de 2 centimètres et demi. Le bord antérieur du cul-de-sac commence au milieu à peu près de la paroi antérieure de l'aorte. Il est constitué : 1° en avant et à gauche par l'aorte ; 2° à la partie interne ou droite par la lame du médiastin ; 3° à la partie postérieure par la veine-cave supérieure.

A la partie postérieure de ce cul-de-sac se trouve une ouverture, (2) sorte de canal situé entre le tronc de l'aorte et l'origine de l'artère pulmonaire d'une part ; et la face antérieure

---

(1) V. le dessin dans l'*Album de la Société*. Les numéros intercalés dans le texte se rapportent à ce dessin.

de la veine-cave supérieure d'autre part. La voûte est constituée par la branche droite de l'artère pulmonaire. Un stylet a été passé dans ce canal pour en montrer la direction.

B. — En descendant vers le diaphragme, au niveau de l'oreillette droite, au point d'arrivée des deux veines-caves, on rencontre deux petits culs-de-sac (3) : le supérieur, admettant à peu près la pulpe du doigt, s'enfonce à une faible profondeur derrière la veine cave supérieure ; l'inférieur, beaucoup moins profond et dans lequel on peut au plus faire pénétrer le manche d'un scalpel, est situé à peu près au niveau de la partie moyenne de l'oreillette droite.

C. — A la partie inférieure : Un peu au-dessus du niveau de la pointe du cœur, on rencontre une fossette (4) ouverte en haut largement et dans laquelle la pointe du cœur peut se placer.

Sa paroi interne est formée par la lame du médiastin. Sa partie la plus déclive repose sur le diaphragme. Elle est limitée en dedans et à gauche par une bride qui remonte obliquement en haut et en arrière jusqu'au niveau de la base du cœur où nous trouvons l'ouverture d'une autre cavité (5). Du milieu de cette lame part une bride fibreuse (6) longue de 4 centimètres, plus large à ses extrémités qu'à son centre, qui ne dépasse pas un demi centimètre, et qui s'étend vers la face pleurale du diaphragme sur lequel elle vient s'insérer.

D. — Au milieu de la base, et cachée complètement par la face postérieure du cœur derrière laquelle elle est située, se voit une ouverture (5), irrégulièrement arrondie, qui conduit dans cette cavité profonde dont il a été question quelques lignes plus haut. Cette ouverture est tout au plus assez large pour permettre l'introduction du doigt. La cavité qui lui fait suite a pour parois : 1° d'une part, du côté du poumon gauche, une lame fibreuse, mince, dont partent des prolongements qui se rendent au poumon ; 2° d'autre part, du côté droit, en bas la veine cave inférieure, en haut les oreillettes derrière lesquelles elle se prolonge ; 3° enfin à la partie la plus profonde on voit par transparence les organes habituellement contenus dans le médiastin postérieur. Comme forme générale cette cavité a une ouverture étroite ; elle se dilate aussitôt pour s'enfoncer derrière les oreillettes en s'inclinant un peu vers la droite.

E. — En remontant de l'ouverture de cette cavité vers les gros vaisseaux, on trouve le repli qui limite à gauche cette cavité et se dirige vers la partie postérieure. Là on cesse de la suivre, car elle paraît se prolonger par une membrane qui gagne la face interne du poumon gauche. Le malade a été atteint de pleurésies, les poumons sont adhérents aux parois

du thorax, de sorte qu'il est fort difficile de savoir au juste, si ce repli est un reste de péricarde ou des fausses membranes de pleurésies. En avant de cette membrane se trouve l'auricule gauche.

G. — Enfin, au-dessus se voit l'artère pulmonaire en rapport direct avec le poumon gauche, complètement dépourvue de péricarde, puis au-dessus et en dedans l'aorte du milieu de laquelle part le cul-de-sac supérieur dont j'ai parlé en premier lieu.

Il résulte de cette description que la paroi latérale gauche et la paroi antérieure du péricarde manquent complètement. La paroi postérieure et la paroi latérale droite existent à l'état rudimentaire, et donnent lieu à la formation des nombreux culs-de-sac que j'ai décrits. Le feuillet séreux viscéral du cœur se trouvant en contact avec la face postérieure du sternum et des cartilages costaux, ses faces postérieure et latérale gauche étaient en rapport direct avec le poumon gauche, sur lequel le cœur devait s'appuyer dans le décubitus horizontal.

Le nerf phrénique gauche longeait la paroi du médiastin sous la plèvre, comme à l'état normal. Arrivé au niveau de la pointe du cœur, il passait sur la lame qui limite en avant la fossette supérieure, et de là sur le diaphragme, formant une courbe qui embrassait la pointe du cœur (1).

M. HOUEL. Les faits d'absence du péricarde sont extrêmement rares; ils ont même été niés par plusieurs auteurs. Il en existe cependant au *Musée Dupuytren* un exemple très-net, dû à Breschet; mais c'est le seul fait authentique que je connaisse. Autant qu'on peut en juger sur le dessin qui nous est présenté, le cas actuel est loin d'être aussi démonstratif.

**2. Sarcome du sein droit (tumeur adénoïde);** par M. KIRMISSON, interne des hôpitaux.

La nommée Voilliot (Héloïse), âgée de 56 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, portant une tumeur volumineuse du sein droit dont le début remonte à huit ans au moins; quand la malade s'en est aperçue, elle avait la forme d'une plaque large comme une pièce de 5 francs, mobile sur la peau et sur les parties profondes, elle s'est développée lentement sans jamais causer de vives douleurs. Il y a un an,

---

(1) Le dessin ci-joint, que je dois à l'obligeance d'un de mes amis, a été fait d'après la pièce desséchée. Malheureusement la dessiccation a racorni la pointe du cœur qui se trouve plus relevé qu'il ne devait l'être chez le sujet vivant.

cependant, la malade a ressenti quelques élancements, et, depuis ce moment, la tumeur a pris un accroissement considérable. Aujourd'hui, elle occupe la glande dans toute son étendue, elle est très-volumineuse, proéminente en avant, bosselée, présentant sur sa partie saillante une rougeur violacée qui donne l'idée d'un énorme encéphaloïde prêt à s'ulcérer. Mais, quand on examine de plus près, on reconnaît que la tumeur est mobile sur la peau et sur les parties profondes ; elle est d'une dureté remarquable, nettement lobulée, reproduisant exactement la forme d'une glande mammaire dont tous les lobules auraient été injectés ; le mamelon est sain et n'a jamais été le siège d'un écoulement d'aucune sorte ; il n'y a pas de ganglions engorgés dans l'aisselle. A ces divers symptômes, il faut joindre une circonstance importante : la malade a remarqué que la tumeur éprouvait une augmentation de volume très-sensible au moment des règles ; aujourd'hui la menstruation a cessé depuis 4 ans.

L'ablation de la tumeur est pratiquée le 3 juin sans difficulté ; la pièce examinée au microscope présente un grand développement des acini normaux de la glande ; dans certains points même, il existe de véritables kystes renfermant un liquide blanchâtre tout-à-fait semblable à du lait. On y constate aussi un grand développement du tissu cellulaire de l'organe, pourvu dans certains points d'une grande abondance de cellules fibro-plastiques.

*En résumé*, voici une tumeur qui, par ses signes cliniques, rentre dans la catégorie des tumeurs décrites autrefois sous le nom de tumeurs adénoïdes du sein, considérées comme de nature bénigne ; mais si l'on considère sa nature histologique, on voit qu'elle doit entrer dans le groupe des sarcomes, et sa richesse en éléments fibro-plastiques rapprochée de ce fait que la tumeur a pris depuis un an un volume considérable doit faire craindre la possibilité d'une récidive.

### 3. Tumeur de la région thyro-hyôïdienne ; par M. EXCHAQUET, interne des hôpitaux.

Cette tumeur, enlevée aujourd'hui par M. PÉAN, présente le volume d'un œuf de pigeon. — Elle siégeait au voisinage du larynx, adhérent à la partie supérieure de cet organe, mais était mobile sous la peau. Elle avait débuté il y a 12 ou 15 ans, et s'était développée d'une façon lente et progressive. Depuis quelque temps cependant, elle déterminait des accidents de suffocation, surtout lorsque la malade s'endormait étant assise.

Pendant l'opération, on put constater que la tumeur était

située sous la peau et les muscles, enveloppée par une membrane fibreuse et entourée de vaisseaux assez volumineux ; lorsqu'elle fut enlevée, on vit à découvert la membrane thyroïdienne.

Cette tumeur est lisse, un peu molle et présente à la section un suc lactescent qui rappelle le suc cancéreux. L'examen microscopique n'a pas été fait.

**4. Corps étrangers de l'articulation du genou ;** par M. EXCHAQUET, interne des hôpitaux.

Ces corps étrangers trouvés dans l'articulation du genou d'un vieillard de 70 ans environ (à l'amphithéâtre des hôpitaux) sont au nombre de 2 ; l'un surtout est remarquable par son volume ; il est aplati et présente un diamètre de 5 à 6 centimètres ; il était libre dans l'articulation et situé au-dessus de la rotule dans le cul-de-sac de la synoviale.

Les surfaces articulaires étaient sillonnées par des rainures, dues évidemment au frottement de ces corps. A la périphérie, on trouvait les lésions de l'arthrite sèche. Les autres articulations ne présentaient rien de semblable.

**5. Cancer de l'intestin généralisé au péritoine ;** par J. DAVE, interne des hôpitaux.

Laval Marie-Emilie, 83 ans, entrée le 14 mai 1874 à l'infirmerie de la Salpêtrière, (service de M. LUYs), salle Saint-Jean, n° 19. — Depuis un mois environ, douleurs vagues, irradiées dans tout l'abdomen. — Constipation habituelle. — Miction rare, douloureuse. — Appétit conservé.

La semaine qui précède l'entrée de la malade à l'infirmerie, les douleurs deviennent plus vives, les selles se suppriment complètement, des vomissements alimentaires apparaissent.

**15 mai.** La malade présente les symptômes suivants : Face pâle, grippée, parole légèrement entrecoupée, pouls petit, peau sèche. — Les aliments sont vomis aussitôt qu'ingérés — mais pas de vomissements bilieux ni fécaloïdes. Ventre énorme, tendu, très-sonore à la percussion. — On reconnaît nettement dans le flanc droit le cœcum très-distendu par les gaz. — La distension de l'abdomen ne permet pas une exploration profonde. Lavement purgatif sans effet.

**17.** A la suite de deux lavements purgatifs pris successivement, débâcle abondante. Le météorisme diminue considérablement sans disparaître — pas de tumeur appréciable à la palpation.

**19.** Les douleurs augmentent. — Le météorisme persiste. —

Les selles se font régulièrement. Pas de vomissements. — La malade s'affaiblit de plus en plus. La face devient cireuse, la parole est toujours saccadée. — L'intelligence, déjà fort obtuse, a disparu. — La malade se plaint continuellement sans qu'on puisse lui faire dire où elle souffre. — Elle meurt le 29 à 7 h. du matin.

**AUTOPSIE**, le 30 mars. — Ventre volumineux, tendu, sonore à la percussion. A l'ouverture, le cœcum se présente énormément météorisé. Environ 300 grammes de sérosité sanguinolente dans le péritoine. — Tout le péritoine, et principalement le grand épiploon, est parsemé de noyaux cancéreux dont la grosseur varie de celle d'une petite noix à celle d'un pois. Ces noyaux font saillie dans l'intérieur de la cavité du péritoine et sont assez irrégulièrement disséminés. — Leur consistance est dure, et il n'a pas été possible de suivre des lymphatiques engorgés y aboutissant ou s'en détachant. Relativement à leur distribution, on remarque que, sur l'estomac et l'intestin grêle, ils sont rares. Ils sont au contraire très-nombreux à la surface du gros intestin et dans les appendices épiploïques de ce dernier.

Dans le grand épiploon, ils sont d'autant plus nombreux qu'ils se rapprochent davantage de la tumeur principale, qui était la cause de l'obstacle au cours des matières.

Cette tumeur occupe les parois du colon, dans toute leur épaisseur, la paroi antérieure surtout. La muqueuse est détruite à ce niveau. La tumeur est dure et commence seulement à se ramollir par sa face interne. Elle s'étend sur une largeur de 3 travers de doigt environ et est située à 20 cent. au-dessous de la valvule de Bauhin. — Autour d'elle, on trouve une cinquantaine de noyaux plus ou moins soudés et situés dans le grand épiploon.

L'*intestin* est rétréci, mais non complètement obturé. Le rétrécissement permet l'introduction du petit doigt dans son calibre. Au-dessus, l'intestin est remarquablement dilaté, rempli de gaz et d'une petite quantité de matières. Le cœcum, le colon ascendant, très-distendus, sont injectés ainsi que l'intestin grêle. — Au-dessous du rétrécissement, le *gros intestin* est vide et revenu sur lui-même.

La *rate* est saine — quelques noyaux sur son enveloppe péritonéale. — Le *foie* est adhérent au diaphragme sur une grande partie de son étendue. Quelques noyaux (3 ou 4) dans la partie superficielle du parenchyme hépatique, vers la surface convexe. L'un d'eux est gros comme une noisette, les autres sont plus petits.

— *Reins, pancréas*, normaux. — *Organes génitaux*. — Ovaire gauche kystique, quelques petits corps fibreux dans



l'utérus, quelques noyaux cancéreux dans les ligaments larges.

On trouve encore — deux plaques très-indurées de la largeur de la main, occupant la face inférieure du *diaphragme*. Une tumeur formée par la soudure de 3 ou 6 ganglions cancéreux, au devant de l'aorte, à 4 cent. au-dessus de sa bifurcation. Rien dans la colonne vertébrale. — *Organes thoraciques, cerveau*, parfaitement sains.

**6. Adhérences généralisées du péricarde. Insuffisance et rétrécissement mitral. Myocardite scléreuse ;** par J. DAVE, interne des hôpitaux.

Berger Monique, 57 ans, à la Salpêtrière depuis 1853, entre à l'infirmerie, service de M. Luys, salle Saint-Jean n° 2. — *Antécédents*. Pas de rhumatisme. Palpitations datant de plusieurs années.

Etat à l'entrée. Anxiété très-grande. — Matité précordiale considérable remontant jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte, la pointe bat avec force dans le 7<sup>e</sup> espace et en dehors du mamelon. — A l'auscultation, bruit de souffle un peu rude au premier temps et à la pointe, peu intense. Pouls petit, presque imperceptible, contraste avec l'énergie des contractions cardiaques. — Râles fins aux deux bases des poumons.

Oedème des pieds et des jambes. Pas d'albumine dans les urines. Potion, quinze gouttes teinture de digitale. — Etat stationnaire les jours suivants.

21 mai. Quelques crachats striés de sang, l'état général le même. — Les jours suivants, crachats sanglants, noirs, non aérés, augmentant de fréquence.

31 mai. — Crachats plus fréquents. Anxiété très-grande.

L'oedème gagne les cuisses. — La malade *meurt* le 2 juin à 3 heures du matin.

AUTOPSIE le 3 juin. — Sérosité dans les deux plèvres, 500 gr. environ à droite, 50 à peine à gauche. Plusieurs noyaux d'apoplexie pulmonaire de la grosseur d'un petit œuf, un sur le bord tranchant du poumon gauche, quatre ou cinq à droite. — *Foie* gras, congestionné, — *Rate, reins* normaux, pas d'infarctus. — Encéphale sain.

*Cœur*. Péricarde complètement adhérent. Le cœur est très-augmenté de volume, ovoïde. Pas d'altérations des orifices pulmonaire et aortique.

Le cœur droit est sain. — A gauche, on sent au toucher une induration manifeste de toute la partie antérieure du ventricule et du bord gauche du cœur. — La pointe ne présente pas ce changement de consistance. — A l'ouverture du ventri-

cule gauche, on remarque que toute la portion de la paroi qui correspond à l'induration est considérablement épaissie. (6<sup>cont</sup> au niveau de la paroi inter-ventriculaire). Le tissu malade est dur, crie sous le scalpel, sa couleur jaunâtre le distingue du tissu musculaire. — Il est réparti en noyaux plus ou moins coalescents, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, entre lesquels on trouve des faisceaux musculaires.

L'endocarde n'est pas visiblement altéré, sauf au niveau du bord gauche du cœur, où il est épaissi. Il y a en ce point, au-dessous du muscle papillaire postérieur, une dépression jaunâtre, du diamètre d'une pièce d'un franc. Cette dépression correspond à du tissu induré. — Outre ces lésions, il y a rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avec insuffisance.

*Examen histologique* de la pièce précédente, par J. VALLÉRIAN, interne des hôpitaux. — De petits fragments de la pièce ont été durcis en les mettant successivement dans l'acide picrique 24 h., la gomme 24 h. et l'alcool. — Sur des coupes minces, pratiquées au milieu du tissu pathologique et colorées avec le carmin ou le picro-carminate d'ammoniaque, on trouve que ce tissu est formé uniquement de tissu fibreux ; il n'y a plus de traces des fibres musculaires du cœur.

Sur des coupes pratiquées à la limite du tissu pathologique, les faisceaux musculaires sont séparés les uns des autres par du tissu fibreux qui devient de plus en plus épais à mesure qu'on se rapproche davantage du tissu morbide. Les fibres musculaires ne sont pas altérées, excepté les plus voisines du tissu fibreux, lesquelles sont atrophiées.

Sur des coupes comprenant l'endocarde, au niveau d'un noyau, on voit que cette membrane est épaissie en certains points. Elle est séparée du tissu fibreux par une couche assez épaisse de muscle sain. Nous croyons donc qu'il s'agit ici d'une myocardite scléreuse avec endocardite concomitante.

**7. Bronchite chronique et emphysème. — Aortite déformante et insuffisance aortique. — Asystolie. — Hémoptysies. — Infarctus pulmonaires ;** par M. DUGUET, médecin des hôpitaux.

Antoine Barthélemy, âgé de 53 ans, cordonnier, entre le 8 mai 1874, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Jérôme, 29. Jusqu'à l'âge de 52 ans, on ne relève dans ses antécédents, qu'un certain degré d'*alcoolisme*. Depuis trois ans, il est atteint d'une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. Entré l'an dernier, en novembre, pour la première fois, à l'hôpital, je le trouve à la Charité, avec une bronchite aiguë entée sur sa bronchite chronique. En l'examinant de plus près, il

me fut facile, à cette même époque, de constater chez lui l'existence d'une insuffisance aortique, caractérisée par le battement exagéré des artères du cou et des membres, par le pouls de Corrigan, par le souffle aspiratif du second temps, à la base, se prolongeant vers l'appendice xiphoïde, enfin par le double souffle crural. Le premier bruit, légèrement altéré, retentissait dans une assez grande étendue vers la fourchette sternale et la clavicule gauche; mais on ne saisissait aucun centre de battements autre que celui du cœur; la pointe de ce dernier était faiblement abaissée, en raison d'un certain degré d'hypertrophie.

La peau de tout le corps était pâle, point d'œdème des jambes; de temps à autre la dyspnée due à l'emphysème, était accrue par des accès d'*angor pectoris*, tenant à l'affection cardiaque. Sous l'influence du repos, principalement, les accidents aigus s'étant amendés, le malade était sorti de l'hôpital.

A son entrée à Lariboisière, le 8 mai dernier, nous le trouvons considérablement changé. Les signes de l'affection aortique se sont accentués davantage, la dyspnée est extrême, les jambes sont fortement œdématisées, les battements du cœur sont devenus irréguliers et moins forts, le pouls moins vibrant, le foie est gros, les poumons remplis de râles sous-crépitaux; avec cela, orthopnée, insomnie. Le malade est évidemment tombé en *asystolie*.

Le 12 mai, oppression plus intense, s'accompagnant de crachats sanglants, d'un rouge vif, arrondis, et rendus en petite quantité en toussant. — Les jours suivants, l'expectoration sanglante continue, mais la teinte est plus foncée, elle devient même noirâtre. Au bout de six à sept jours, toute expectoration sanglante a cessé. On n'entend dans les poumons que des râles sous-crépitaux disséminés, abondants surtout aux deux bases.

30 mai. Nouvelle hémoptysie, peu abondante, mais accompagnée cette fois d'une *matité* très-appreciable, au niveau du tiers inférieur du poumon droit, avec *souffle tubaire* et *bronchophonie*.

Dans les jours qui suivent, on observe, comme précédemment, la dégradation de teintes de l'expectoration sanguinolente; mais l'asystolie augmente chaque jour, et le malade meurt le 2 juin, après une journée d'agonie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. Le *péricarde* renferme quelques cuillerées seulement d'un liquide citrin. Le cœur est notablement hypertrophié, mais flasque; sa fibre est jaunâtre, facile à rompre. Le cœur gauche surtout offre des parois augmentées d'épaisseur. Orifice mitral à peu près sain. Orifice aortique dilaté, valvules sigmoïdes recoquevillées, athéroma-

teuses, à peine mobiles, et laissant entre elles un espace libre (insuffisance). Les lésions athéromateuses et la dilatation s'étendent à toute la crosse aortique. — On trouve des caillots grisâtres, moulés dans les cordages de l'auricule et du ventricule gauches. A droite, ces caillots existent en grand nombre dans l'auricule; les orifices de ce côté sont d'ailleurs sains.

Faible quantité de liquide citrin dans les plèvres, poumons œdématisés. Dans la moitié inférieure du poumon droit, on trouve cinq *infarctus hémoptoïques* variant de volume, depuis celui d'une noisette, jusqu'à celui d'une noix, aboutissant tous par leur base à la plèvre qui est soulevée légèrement à leur niveau; leur pointe est tournée vers le hile du poumon; ils sont de forme conique. Les plus gros sont réunis au nombre de trois dans le point même où le souffle fut entendu pendant la vie. Leur couleur est noirâtre, leur coupe offre une coloration vineuse foncée, leur consistance, très-ferme, contraste avec celle du parenchyme pulmonaire qui est œdématisé; point d'hépatisation, ni au voisinage des infarctus, ni dans les parties du poumon plus éloignées.

L'ouverture des branches de l'*artère pulmonaire* étant faite avec soin, on ne découvre rien dans les branches qui n'aboutissent pas aux infarctus; au contraire, dans chaque branche de petit calibre qui répond au sommet des noyaux hémorrhagiques, on trouve à un demi et même à un centimètre de distance de ce sommet, un *caillot* d'un rouge grisâtre, allongé, libre en avant comme en arrière, d'un volume voisin de celui d'un gros grain de blé; il rappelle exactement par sa composition, ceux de l'auricule droite; il distend légèrement le vaisseau dans le point où il se trouve arrêté. De faibles adhérences glutineuses relient ce caillot aux parois vasculaires qui n'offrent ni à ce niveau, ni plus loin, d'altération sensible. — Le reste de l'autopsie n'a rien révélé de particulier.

REMARQUES. Cette observation nous semble démontrer nettement que l'*apoplexie pulmonaire*, dans le cas actuel, est bien due à des *embolies*, des *petites branches de l'artère pulmonaire*; que ces embolies ont pris naissance dans l'*auricule droite*; que la *dégénérescence graisseuse* du cœur et l'*asystolie* ont déterminé la formation de ces caillots emboliques. Enfin, chose rarement notée dans l'histoire de l'apoplexie pulmonaire, les infarctus se sont révélés, dans ce cas, pendant la vie, en dehors de l'hémoptysie caractéristique, par une *matité* et un *souffle tubaire* parfaitement appréciables.

M. CHARCOT. Je rappelle à propos de ces cas d'apoplexie pulmonaire, un fait particulier à la pathologie des vieillards. Chez eux la pleurésie est, on le sait, extrêmement rare, et

quand elle se présente, elle est à peu près constamment consécutive à des infarctus sous-pleuraux. J'ai observé cette coïncidence une quinzaine de fois, tandis que je n'ai jamais vu de pleurésie vraie à cet âge, et que j'ai rencontré seulement quelques cas de pleurésie purulente. La pleurésie fibrineuse, je le répète, est, chez les vieillards, toujours symptomatique, et la lésion qui la produit est ordinairement un infarctus pulmonaire.

M. DUGUET. Je connaissais ce fait pour l'avoir entendu signaler à M. Charcot, il y a une dizaine d'années, alors que j'étais interne à la Salpêtrière, et je l'ai mentionné dans ma thèse. Ici il n'existait pas de pleurésie, la plèvre ne présentait même pas de fausses membranes au niveau des infarctus.

### 8. Rétrécissement mitral, endocardite récente.

M. ANDRAL montre le cœur d'une femme qui a succombé dans l'asystolie, après avoir fait une fausse couche quelques jours auparavant. Il existe un rétrécissement mitral très-prononcé. De plus, sur les valvules et particulièrement la valvule mitrale, se voient des végétations récentes d'endocardite. Enfin, cette dernière valvule est en partie obstruée par un volumineux caillot stratifié.

Cette pièce qui offrait un réel intérêt, a été l'objet d'une discussion, M. Charcot fit remarquer qu'il était difficile de décider s'il s'agissait d'un anévrysme valvulaire ou d'un caillot fibrineux. Il opinait pour cette dernière hypothèse. M. Landouzy qui avait vu la pièce fraîche, confirma l'opinion de M. Charcot, et insista sur les caractères de l'endocardite végétante, que présentait la valvule.

### 9. Cancer du cœur; par M. ANDRAL, interne des hôpitaux.

Cette lésion a été constatée à l'autopsie, mais ne s'était révélée pendant la vie, par aucun symptôme; du reste l'examen du cœur était très-difficile, car le malade présentait au moment de l'entrée, des râles dans toute l'étendue des deux poumons. Plus tard, il eut une pneumonie, à laquelle il a succombé. — Le cancer était limité au cœur, et formait dans la paroi de cet organe, une petite masse; on n'en trouvait dans aucun autre viscère.

### 10. Cas de communication interventriculaire observé sur un chien; par M. le docteur BOCHERFONTAINE.

Ce cœur est celui d'un chien lévrier-mâtiné, bien portant,  
Soc. ANAT.

empoisonné par le phosphore dans le laboratoire de M. Vulpian, et dont la nécropsie vient d'être faite à l'instant. Comme on le voit, le muscle cardiaque a une couleur jaune feuille morte, des plus manifestes. Sous le péricarde viscéral existent de nombreuses ecchymoses, et les vaisseaux coronaires sont entourés de suffusions sanguines.

Le cœur gauche et le cœur droit sont ouverts le long de la cloison interventriculaire. L'incision ne porte pas sur les deux valvules sigmoïdes de l'aorte qui correspondent à la cloison interventriculaire et n'intéresse en aucun point cette cloison; la valvule sigmoïde, située sur la paroi opposée du ventricule gauche, est seule divisée en même temps que cette paroi.

Dans chaque ventricule, mais surtout dans le ventricule gauche, existent, sous l'endocarde, de nombreuses ecchymoses. Je ne fais qu'indiquer ces lésions qui se trouvent aussi sous les plèvres et sous le péritoine.

La face ventriculaire de la valvule mitrale est presque entièrement recouverte par des productions verruqueuses, jaunâtres. Il en est de même des valvules sigmoïdes de l'aorte. Enfin, sur l'aorte, on voit également des productions verruqueuses, jaunâtres, très-saillantes, qui correspondent au bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte. C'est un exemple de plus de l'existence de l'endocardite végétante chez le chien, affection que l'on rencontre assez fréquemment lors de la nécropsie de ces animaux.

Mais la particularité intéressante qu'offre ce cœur consiste dans l'existence d'une communication entre les deux ventricules droit et gauche, par le moyen d'un orifice triangulaire, à travers lequel on peut introduire facilement le doigt indicateur. Chaque côté du triangle a 12 millimètres de longueur environ. Cet orifice est situé à la partie supérieure de la cloison interventriculaire dans l'angle formé par le bord adhérent, convexe des deux valvules sigmoïdes de l'aorte. Le bord ventriculaire, ou bord inférieur de l'orifice, est épais et a la forme d'un bourrelet verruqueux.

On sait que la communication interventriculaire a été observée chez l'homme. Le cas dont il s'agit prouve qu'elle peut exister chez le chien. Cette communication entre les deux ventricules est-elle congénitale, ou bien est-elle consécutive à l'endocardite végétante qui a laissé tant de traces sur divers points de l'endocarde? Telles sont les questions qui se présentent à l'esprit.

Il se pourrait que l'endocardite ait été, dans la partie perforée, le point de départ d'une régression granulo-graisseuse et d'une ulcération consécutive de la cloison interventricu-

laire. Cependant, le siège de la lésion conduit à admettre la première hypothèse.

L'orifice anormal siège, en effet, dans la partie de la cloison interventriculaire, dans laquelle on observe d'ordinaire, chez l'homme, la communication interventriculaire congénitale. Il est donc rationnel d'admettre que la communication interventriculaire qui existe sur ce cœur de chien est congénitale.

---

*Séance du 12 juin 1874.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT

**11. Cancers multiples des os et de la voûte du crâne, sans généralisation à aucun viscère ; par M. LÉGER, interne.**

La nommée P..., Sophie, âgée de 54 ans, est entrée le 29 avril (service de M. DESPRÉS), à l'hôpital Cochin. — Cette femme, d'une forte constitution, n'a jamais été malade. Elle a eu deux enfants, dont l'un est mort très-jeune, et l'autre est actuellement bien portant. Ses parents ont toujours joui d'une bonne santé et ne sont morts que dans un âge très-avancé. Dans son métier de blanchisseuse, elle éprouvait quelquefois de grandes fatigues ; mais elle n'eut jamais à subir de privations de nourriture.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle éprouva dans la cuisse droite, puis dans la cuisse gauche, des douleurs que l'on crut en ville être rhumatismales et qui furent combattues par des frictions. La malade garda le lit presque constamment pendant ces deux mois. Son appétit était bon, et les douleurs diminuaient même jusqu'à disparaître dans la cuisse droite, mais persistaient toujours du côté gauche. Le 27 avril, elles étaient très-vives à la partie supérieure de la cuisse. En voulant se transporter dans un autre lit en se traînant sur le dos, d'un matelas sur l'autre, elle sentit une douleur brusque et violente dans le membre malade, avec une contraction musculaire involontaire, et il lui fut désormais impossible de remuer ce membre gauche.

29 avril. — A son entrée à l'hôpital, on constate au tiers supérieur de la cuisse gauche, une douleur très-vive exaspé-

rée par les moindres mouvements. En cet endroit existe une saillie anormale, dure, au niveau de laquelle on perçoit facilement une crépitation fine à l'aide de la pression. Il y a de plus mobilité anormale et rotation du pied en dehors.

M. Després diagnostique une fracture spontanée, qu'il rattache de préférence à un cancer de l'os, vu l'âge de la malade.

A l'aide de l'immobilisation par la gouttière de Bonnet, on parvient à calmer les douleurs. Tous les membres autres que le membre inférieur gauche sont parfaitement sains. L'état général est bon; les urines, riches en phosphates, contiennent un peu d'albumine. — Du 4 mai au 1<sup>er</sup> juin, la malade reste dans la gouttière. Sa face prend une légère teinte jaune, et on remarque un peu d'amaigrissement. De plus, la partie supérieure du bras droit est le siège d'une douleur continue qu'elle attribue à la pression du rebord de la gouttière.

*1<sup>er</sup> juin.* — On en retire la malade à l'aide de plusieurs personnes. Pendant cette manœuvre, celle qui tenait le bras droit sent un craquement manifeste en même temps que la malade pousse des cris qui lui sont arrachés par une douleur subite au-dessous de l'épaule de ce côté. On reconnaît facilement une fracture au-dessous du col chirurgical de l'humérus, et on immobilise les fragments à l'aide d'un bandage de corps.

Dans le courant de la journée, il y a des douleurs continues, de l'agitation, de l'inappétence, et le soir un peu de fièvre.

*2 juin.* — Souffrance vive dans la cuisse droite; en lui imprimant des mouvements, on sent de la crépitation. Là encore, il s'est produit une fracture spontanée; mais comme son siège est plus élevé qu'à gauche, il n'y a pas de déformation. Les douleurs intolérables que provoque le simple toucher empêchent un examen approfondi. L'état général est grave; il n'y a pas d'appétit, et il survient de la rétention d'urine avec de la constipation. Un lavement fait céder celle-ci.

*5 juin.* — L'affaiblissement augmente progressivement. Il y a de l'insomnie et des douleurs continues.

*8 juin.* — Les souffrances sont augmentées par un commencement d'escharre au sacrum. Il survient des vomissements et les selles sont involontaires. Les vomissements sont plus fréquents; ils sont bilieux et muqueux. La malade, après une nuit de délire, est tombée dans le coma et meurt à trois heures l'après-midi.

**AUTOPSIE.** — Le fémur gauche présente à l'union du tiers-



moyen avec le tiers supérieur une fracture dont les deux extrémités sont notablement raréfiées. Les deux fragments mis bout à bout ne reproduisent plus la longueur totale de l'os, quoiqu'il n'y ait eu aucune élimination d'os. Il en est du reste de même pour les deux autres fractures. Le fémur droit est fracturé à l'union de la tête avec le col, et cette tête, comme rongée à l'intérieur, est dépressible sous le doigt. Le cartilage en est intact. L'*humérus droit* est fracturé à deux ou trois centimètres au-dessous de sa grosse tubérosité. Le gauche est parfaitement sain. La colonne vertébrale, en avant et en arrière, de même que dans le canal, ne présente aucune altération, mais les corps des vertèbres n'ont pas été sciés, et on ne peut répondre de l'absence de noyaux cancéreux dans leur épaisseur.

A la voûte du *crâne*, au niveau de la partie supérieure gauche de l'occipital, est une bosse lisse, de consistance molle et analogue à celle des fongosités, allongée longitudinalement et grande comme deux pièces de 5 francs. A l'extérieur, tout le reste de la voûte paraît sain. Après l'avoir enlevé, au niveau de l'éminence, on voit que l'os a disparu pour faire place à un tissu mou et rouge, ne faisant pas saillie dans le crâne et se continuant avec la tumeur extérieure. A ce niveau, toute l'épaisseur de la voûte est donc détruite. En avant et à droite, le tissu osseux a aussi disparu. On y remarque une érosion, sans saillie des parties molles à l'intérieur, cimentée par une circonférence à dentelures osseuses, assez fines, et cette altération n'a ici attaqué que la table interne. On remarque la même lésion, mais encore moins étendue, au milieu du pariétal gauche, sur sa face cérébrale. Il n'y avait aucune adhérence des méninges ni du péricrâne en ces points.

Rien dans aucun des viscères. L'estomac, sur lequel les vomissements terminaux appelaient naturellement l'attention, était complètement sain. La vessie, pleine de muco-pus, était le siège de quelques petits écoulements sous-muqueux, sans ulcération aucune. L'utérus contient dans la cavité du corps deux polypes fibro-vasculaires et deux tumeurs fibreuses, l'une interstitielle, l'autre sous-péritonéale et presque pédiculée derrière la lèvres postérieure du col. — L'*examen microscopique* des altérations osseuses, pratiquées par M. Troisier, a montré que les tumeurs étaient constituées par du sarcome myéloïde.

M. DESPRÉS. — Le fait qui est soumis à la société m'a paru très-important. En premier lieu il n'est pas sans intérêt de remarquer la marche rapide du mal. Lorsque cette malade a été admise dans mon service, elle a répondu à toutes mes

interrogations, de la manière la plus formelle, qu'elle n'avait jamais été malade avant les deux mois écoulés depuis ses premières douleurs jusqu'à son entrée à l'hôpital. Les douleurs vives dans les deux cuisses avaient été avec l'amaigrissement de la malade les seuls signes qu'avait pu observer un médecin de la ville.

Au point de vue du diagnostic, il est bon de dire qu'il était fort difficile. En présence d'une malade qui avait une seule fracture sous-trochantérienne spontanée, on devait hésiter. La malade n'était point paralytique ni ataxique, elle n'avait que 54 ans; la raréfaction simple du tissu osseux n'était pas admissible, on pouvait songer à un kyste hydatique de l'os, l'ostéomalacie n'était pas présumable, car cette maladie est très-exceptionnelle, et elle est précédée d'une période de ramollissement des os appréciable; dans ces circonstances je me suis arrêté à l'idée d'un cancer de l'os. La malade avait l'âge du cancer; elle avait eu des douleurs dans le membre; il est vrai qu'elle avait eu aussi des douleurs semblables dans le membre du côté opposé; puis la malade avait dépéri. Enfin lorsqu'il y a eu une seconde fracture spontanée le soupçon est devenu une certitude. Ce fait ne manquera pas d'éclaircir les chirurgiens à l'avenir lorsqu'ils se trouveront en présence d'un cas semblable.

M. HOUEL. Ces sortes de tumeurs ne sont pas très-rares, et elles sont bien connues, au moins en ce qui concerne leurs caractères extérieurs. Le musée Dupuytren renferme plusieurs échantillons tout à fait comparables à celui que j'ai sous les yeux, et dans plusieurs de ces observations, il est indiqué expressément que les tumeurs s'étaient généralisées et avaient amené des fractures multiples, mais sans intéresser en aucune façon les parenchymes viscéraux. Un des points particuliers de l'histoire de ces tumeurs, c'est la rapidité avec laquelle elles évoluent et détruisent la substance osseuse. Ainsi on ne voit jamais, dans cette forme les ostéophytes si fréquents dans les tumeurs des os habituelles. Bien que le périoste ne soit point altéré, il n'a pas le temps de sécréter de la substance osseuse; aussi la perforation est-elle comme taillée à l'emporte-pièce, avec des bords à pic. C'est ce qui avait fait donner à ces tumeurs, par Gerdy, le nom de cancer térébrant, dénomination qui exprime bien le travail qui s'opère dans ces circonstances.

M. CHARCOT. Si les caractères extérieurs de ces tumeurs sont bien connus, il reste encore cependant bien des points obscurs dans leur histoire. Ainsi dans le fait actuel, nous ne voyons ni quel est le point de départ du cancer, ni quelles sont ses voies de transmission et de généralisation : nous ne comprenons même pas quelle a été la cause immédiate de la mort, puisque aucun des principaux viscères ne présentait d'altération.

**12. — Hématocèle rétro-utérine ; Grossesse extra-utérine ;**  
par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Le 15 avril 1874, est entré à la Pitié, salle Sainte-Claire, n° 34 (service de M. VULPIAN), la nommée Fontaine, âgée de 28 ans, femme de ménage.

*Renseignements.* — Bonne santé antérieure : a eu deux enfants, dont le dernier il y a un mois ; a toujours été bien réglée, jusqu'à il y a onze mois. — Deux mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite de fatigues de toutes sortes, la malade eut une métrorrhagie abondante. Cette hémorrhagie survenu au moment de ses règles, dura six semaines ; d'après ce qu'elle raconte, le sang était rouge et ne contenait pas de caillots ; durant cette période, elle éprouva fréquemment des douleurs à l'hypogastre et cependant elle continua à vaquer à ses occupations ; jamais elle n'eut de fièvre, ni de phénomènes gastro-intestinaux. — Depuis quinze jours, la malade ne perd plus, mais elle souffre toujours du bas-ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

*État actuel.* — (15 avril.) — Femmed'apparence vigoureuse ; elle se plaint de leucorrhée et d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. — La palpation du ventre est peu douloureuse, même à droite et, en ce point, on ne trouve aucune induration. — Le toucher vaginal est peu douloureux ; le vagin est chaud ; le col un peu en arrière est gros, entr'ouvert, et laisse pénétrer la pulpe du doigt ; le cul-de-sac latéral droit est un peu douloureux et on sent un empatement du ligament large de ce côté.

Depuis quelque temps la malade est constipée ; les urines sont normales et ne contiennent pas d'albumine. — Pas de troubles de l'appareil respiratoire ni circulatoire ; bruit de souffle musical dans les vaisseaux du cou. Appétit diminué. — La malade garde le repos au lit avec des cataplasmes en permanence sur le ventre. — *Marche.* Cet état resta stationnaire pendant huit jours environ, les douleurs continuaient et le toucher vaginal n'indiquait aucun phénomène nouveau. —

Cependant la palpation du ventre devenait de plus en plus douloureuse à droite et indiquait un empâtement diffus occupant toute cette région.

**27 avril.** — Cette induration augmentant, M. Vulpian fit appliquer quinze sangsues sur la région douloureuse, ce qui calma beaucoup les douleurs et soulagé la malade.

**29 avril.** — A la visite du matin, la malade est considérablement affaiblie ; il s'est fait une décoloration brusque et rapide de la peau et des muqueuses ; la face est livide, les yeux excavés ; il y a en un mot tous les signes d'une vaste hémorrhagie interne. — D'autre part, le ventre est plus douloureux à la pression, et l'induration d'abord limitée à droite s'est étendue sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche. — La *température* reste à peu près normale, 37°, 5. — Le pouls est fréquent, petit, filiforme, et bat 140 pulsations à la minute. — Pas de frissons véritables, mais des alternatives de froid et de chaleur. — Depuis cette époque, l'empâtement persiste, mais la douleur a beaucoup diminué ; l'état général continue à être mauvais ; les fonctions digestives ne se font pas bien. Pas de vomissements.

**13 mai.** — La malade est prise de diarrhée abondante. En même temps, vomissements bilieux et alimentaires qui se répètent jusqu'au jour de la mort.

**20 mai.** — La malade commence à tousser et à cracher. La percussion indique de la matité sous la clavicule gauche, rien à droite. A l'auscultation, râles ronflants et sibilants des deux côtés ; de plus, à gauche, râles sous-crépitaux et respiration soufflante.

**25 mai.** — Les râles ont disparu en partie, il ne reste plus que de la respiration rude. — Badigeonnages de teinture d'iode. Julep opiacé. — L'état général devient de plus en plus mauvais ; la malade ne peut se bouger dans son lit ; elle repose sur le côté gauche. — Œdème du membre supérieur et inférieur de ce côté. — La malade succombe le 2 juin à 8 h. du matin.

**AUTOPSIE le 3 juin.** — *Cavité abdominale.* — Pas d'épanchement liquide. — Les *intestins* et le grand épiploon ont une couleur noirâtre et exhalent une odeur gangréneuse. Les anses intestinales sont réunies par des brides nombreuses. La moitié inférieure de la cavité abdominale est occupée par une *tumeur* d'apparence pyriforme, à base supérieure, sur la face antérieure de laquelle on aperçoit l'utérus, et qui se prolonge dans la direction des ligaments larges ; elle a le volume de la tête d'un adulte.

Le doigt placé dans le vagin et le col de l'utérus, montre

que cette tumeur est adhérente à la paroi postérieure du corps de l'utérus, et le toucher rectal indique sa présence sur la paroi antérieure du rectum. Au-dessus de cette tumeur et de chaque côté, on trouve des caillots adhérent à la face profonde du péritoine, entourant à gauche l'S iliaque et à droite le cœcum.

Si on cherche les rapports de la tumeur avec le péritoine, on trouve que le cul-de-sac vésico-utérin est libre, et la vessie, située en avant, peut être facilement insufflée. Si on cherche à décoller sa partie antéro-inférieure de la face postérieure de l'utérus, on reconnaît que le péritoine après avoir tapissé la face antérieure de cet organe se réfléchit sur sa face postérieure, sans envelopper la tumeur et se porte en bas pour former le cul-de-sac utéro-rectal : à ce niveau il se confond avec sa face postérieure, pour remonter au-devant du rectum. La face antérieure est en rapport avec l'utérus dirigé en haut et à droite ; de ses angles partent les ligaments ronds.

Sur le côté droit on trouve plusieurs kystes séreux, sous lesquels on voit facilement la trompe et l'ovaire, qui ne paraissent avoir subi aucune altération. Du côté gauche, et un peu en arrière, on peut isoler la trompe ; mais on ne trouve pas l'ovaire ; l'extrémité externe de la trompe aboutit à une poche qui constitue les deux tiers de la tumeur. Cette poche située dans l'aileron postérieur du ligament large, est formée par un tissu blanchâtre, compacte, qui offre toutes les apparences d'un tissu ancien et sur sa face antérieure on trouve des vaisseaux nombreux et d'un diamètre assez considérable.

En arrière de cette poche existent plusieurs foyers sanguins enkystés venant de la rupture en quelques points de celle-ci. Cette poche ouverte suivant son diamètre antéro-postérieur, on la voit remplie de caillots, au centre desquels on trouve un fœtus de trois mois environ.

Le cordon adhère à la poche à sa partie antérieure et supérieure et s'étale pour constituer le placenta. — En introduisant un stylet par la trompe gauche, on pénètre dans la tumeur ; par la dissection la plus attentive, on ne peut retrouver l'ovaire ; alors cette portion de la paroi est mise dans l'alcool pour le durcissement. — Au bout de quelques jours, sur des coupes, on reconnaît que cette paroi est constituée par des lamelles de tissu conjonctif superposées ; la lamelle la plus interne, formée du tissu le plus jeune, est tapissée par un épithélium cylindrique ; la poche est donc kystique, et le fœtus est développé dans un kyste de l'ovaire.

M. HOUEL. Je crois plutôt qu'il s'agit ici d'une grossesse

tubaire, par la raison que les grossesses tubaires sont relativement fort communes, et qu'elles suivent dans leur évolution, tout à fait la marche qu'a présenté le cas actuel. Elles ne dépassent guère le 3<sup>e</sup> mois sans que le kyste tubaire ne se rompe. Au contraire, les grossesses ovariques sont excessivement rares, si tant est qu'elles existent, ce qui a été nié. Dans tous les cas, le fait mérite d'être tiré au clair, et il faudra rechercher avec soin dans quel état se trouve la trompe, si elle a la même longueur que sa congénère, et dans quels rapports elle se trouve vis-à-vis du kyste fœtal. Je ferai remarquer que l'hémorrhagie, dans le cas présent, s'est faite à la face externe du cotylédon placentaire. C'est là une règle presque constante. Cette hémorrhagie peut se faire soit en une seule fois, soit le plus souvent en deux ou trois temps, de sorte que l'appareil symptomatique des accidents peut notablement varier.

M. BUDIN. Je ne suis pas si affirmatif que M. Houel au sujet de la grossesse tubaire, et j'admets dans une certaine limite la possibilité d'une grossesse ovarique. On ne peut plus récuser l'existence de cette variété de grossesse extra-utérine, depuis que Coste a démontré que la fécondation physiologiquement s'effectue dans le quart externe de la trompe ou même à la surface de l'ovaire. Si l'on pouvait sur la pièce actuelle, démontrer que l'ovaire est devenu le kyste fœtal, ce fait aurait une grande importance et viendrait confirmer d'une manière remarquable les données de la physiologie.

**13. Sarcome angiolithique de l'arachnoïde (psammome);** par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Marie M..., âgée de 58 ans, est amenée dans le service de M. VULPIAN, le 18 mars 1874. Cette femme est restée dans le service pendant douze jours; elle est morte d'une pneumonie au quatorzième jour, compliquée de parotidite.

Dans les renseignements qu'elle a fournis, on relève l'existence de vertiges fréquents durant depuis à peu près trois ans; ces vertiges étaient souvent accompagnés de céphalalgie frontale.

A l'AUTOPSIE pratiquée le 2 avril, on trouva, outre les lésions de la pneumonie, et de la parotide suppurée, une *tumeur* développée aux dépens des méninges. Cette tumeur s'est creusée une loge dans le lobe frontal du côté gauche; elle est ovoïde, du volume d'une noix; sa couleur est blanc jaunâtre; sa consistance molle, pâteuse, située dans le tissu cellulaire sous-

arachnoïdien, elle n'est pas adhérente. Sur la coupe, le tissu a un peu l'aspect encéphaloïde.

L'examen microscopique montre que cette tumeur est composée : 1° d'éléments allongés, possédant un noyau volumineux ; tantôt ils sont disposés concentriquement autour d'une petite cavité et forment des globes plus ou moins volumineux tantôt ils sont sans ordre ; ils se présentent sous la forme de lignes plus ou moins flexueuses, ou bien comme des lambeaux membraneux, irréguliers, très-transparents ; tout cela dépend de la distance focale, et du sens suivant lequel ils se présentent à l'observation ; 2° de tractus conjonctifs qui traversent les différentes parties de la tumeur, avec l'aspect de faisceaux ondulés ; 3° de globes sphéroïdaux ou cylindriques, de volume variable, ayant un centre calcaire très-fortement réfringent ; ces globes sont entourés de cellules imbriquées comme les écailles d'un bulbe, et quelques-uns présentent manifestement des cellules concentriques contenant de deux à quatre noyaux ; 4° des vaisseaux assez nombreux.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de ces tumeurs ; M. Robin les considère comme épithéliales, et leur assigne comme point de départ le feuillet pariétal de l'arachnoïde ; Virchow dit qu'elles appartiennent au tissu conjonctif ; Cornil et Ranvier les décrivent sous le nom de sarcomes angio-lithiques, en faisant remarquer que les cellules, il est vrai, semblables à l'épithélium des veines, en diffèrent essentiellement en ce qu'elles ne sont pas soudées les unes aux autres.

#### 14. Thromboses veineuses dans le cours d'une phthisie galopante ; par M. RAYMOND, interne des hôpitaux.

François V..., âgé de 51 ans, est admis le 2 mars (service de M. VULPIAN), à la Pitié.

*Renseignements.* — Le malade a toujours été bien portant ; il y a dix jours, après s'être refroidi, étant obligé de travailler les jambes dans l'eau, il se mit à tousser ; il continua encore ses occupations pendant quelque temps, mais il s'affaiblit très-vite ; le 5<sup>e</sup> jour, en se couchant, il s'aperçut que ses jambes étaient enflées, il garda alors la chambre continuant à tousser, et se décida bientôt à entrer à l'hôpital.

*État actuel* (2 mars). L'état général est assez bon ; le malade n'a presque pas d'appétit, la peau est sèche et chaude. T. R. : 39°,4. — P. 112.

Il se plaint surtout d'éprouver de la difficulté pour respirer ; l'auscultation fait entendre dans la poitrine des deux côtés, des râles sibilants et ronflants ; à la percussion, la sonorité

est normale, peut-être un peu diminuée au sommet gauche et en arrière; les crachats sont presque tous aérés, quelques-uns sont purulents. Les fonctions du cœur sont normales. Les quatre membres sont le siège d'un œdème volumineux; il n'est pas douloureux à la pression; toutes les saillies osseuses ont disparu; la peau est blanche, encore un peu souple; point d'œdème des paupières ni des parois du ventre; point d'ascite. Point d'albumine dans les urines.

*Marche; Traitement.* — 3 mars. Potion contenant cinq centigrammes d'extrait thébaïque; potages. — 4 et 5 mars. — L'œdème des membres inférieurs a un peu diminué.

6, 7, 8 mars. L'expectoration muco-purulente est beaucoup plus abondante; la toux est presque continuelle; le malade maigrit beaucoup; à l'auscultation, on constate un souffle au sommet du poumon gauche; en ce point existe de la matité et du retentissement de la voix.

9, 10 mars. L'œdème des membres inférieurs a presque complètement disparu, ainsi que celui du bras droit, seulement le bras gauche est toujours aussi œdématié. Dyspnée très-intense.

11-15 mars. Le malade s'affaiblit de plus en plus; le sommet droit est devenu soufflant et mat; râles sous-crépitaux aux deux sommets; râles sous-crépitaux beaucoup plus fins à la base des deux poumons; expectoration purulente très-abondante.

19 mars. Le bras gauche seul est œdématié, et presque autant que les premiers jours. La recherche de l'albumine dans les urines, faite tous les deux jours, est infructueuse.

20 mars. De petites cavernes se sont creusées au sommet du poumon gauche. — 25 mars. Ramollissement du sommet du poumon droit. — 27 mars. Le malade est très-amaigri; la fièvre hectique ne l'a pas quitté depuis le début de son affection; son œdème, d'abord généralisé aux quatre membres, n'occupe plus que le bras gauche. — Il meurt le 28 mars dans l'après-midi.

*AUTOPSIE* le 30 mars. — *Cavité thoracique.* Nombreuses adhérences de la plèvre épaissie. Le *poumon gauche* paraît hépatisé dans toute son étendue; sur la coupe, on voit des noyaux de pneumonie chronique, à côté des plaques jaunes de pneumonie caséuse; au pourtour de ces plaques, on aperçoit un pointillé formé par de fines granulations tuberculeuses; le lobe inférieur est sain dans presque toute son étendue; quelques cavernules au sommet. — Dans le *poumon droit* l'aspect est le même, mais les cavernes sont plus nombreuses; la tuberculisation est en corymbe. — *Sur le ventricule droit* du cœur, existent des plaques laiteuses; le ventricule gauche est



hypertrophié; quelques plaques athéromateuses à la face interne de la crosse de l'aorte; pas de lésions valvulaires.

*Cavité abdominale.* Foie, normal. Les reins sont congestionnés; pas de dégénérescence amyloïde. — La rate, très-petite, est normale.

Les ganglions mésentériques sont gros comme le bout du petit doigt, et un peu caséux à leur centre. — L'intestin, l'estomac, les organes génitaux ne présentent rien de particulier.

*Système nerveux.* Caractères physiologiques; pas d'athérome à la base du cerveau, pas de traces de tubercules. — Le cerveau est un peu œdémateux; rien de particulier sur les coupes.

*Veines.* Les veines fémorales et iliaques et la sous-clavière droite n'offrent rien de spécial: il n'en est pas de même de la sous-clavière gauche; cette veine contient un caillot qui se prolonge par en bas, à travers l'axillaire, jusqu'aux veines humérales, et en haut, dans la jugulaire externe, jusqu'au bord inférieur du maxillaire; ce caillot, sur des coupes, est composé d'une partie périphérique, épaisse d'un demi centimètre, et d'une partie centrale; la partie périphérique est dure, jaunâtre, comme formée de couches imbriquées; la partie centrale est molle et noirâtre.

#### 15. Epithéliome à cellules cylindriques du corps de l'utérus.

— Thrombosés avec phlébolithes dans les plexus ovariens.

— Embolies pulmonaires. — Mort subite; par M. HAYEM, médecin des hôpitaux, et G. GRAUX, interne des hôpitaux.

Ang... Cath..., âgée de 74 ans, entre le 7 mai 1874, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, n° 17 (service de M. Axenfeld, suppléé par M. G. HAYEM.)

Cette femme, souffrante depuis une quinzaine de jours environ, présente lors de son entrée, des symptômes d'embarras gastrique, sans fièvre; un peu de dyspnée que n'explique pas l'examen de la poitrine, mais surtout une grande faiblesse et toutes les apparences d'une cachexie profonde. Les renseignements qu'elle fournit sur ses antécédents sont très-obscurs, elle répond très-mal aux questions qu'on lui pose, de sorte qu'il est difficile de reconstituer l'histoire de sa maladie. Ce qu'on sait c'est qu'elle tousse un peu depuis plusieurs mois, qu'elle souffre dans le ventre, et qu'elle est plus malade depuis quinze jours.

L'examen ainsi réduit aux signes physiques n'apprend rien de particulier, en dehors de l'état saburral des voies digestives, de la dyspnée, et de la cachexie. Celle-ci ne pré-

sente pas d'ailleurs de caractère spécial, pas de teinte jaune paille, pas de coloration ictérique. Quelques râles muqueux dans la poitrine. Rien au cœur.

Pendant une semaine cette malade n'offre aucun phénomène nouveau à observer, elle semble même s'améliorer par le simple fait de la régularité du régime, ce qui permet d'attribuer à la misère et à la mauvaise nourriture la cachexie qu'elle présentait à son entrée et qu'on n'avait pu rattacher à aucune cause organique. Mais subitement dans la nuit *du 14 au 15 mai* elle est prise d'une dyspnée et d'une oppression considérables ; en même temps elle a une forte hémorrhagie utérine.

A la visite du 15, on la trouve assise dans son lit, en proie à une anxiété extrêmement vive, qui l'empêche de rester en place, et la force à prendre toutes sortes de positions pour respirer. Elle manque d'air, elle asphyxie, et sa dyspnée présente absolument les caractères de celle des malades atteints d'œdème de la glotte ; et cependant l'air entre très-librement dans la poitrine, et l'auscultation ne révèle aucun bruit morbide ; au contraire la respiration s'entend bien partout.

Cette femme accuse en même temps des douleurs dans la ventre et bientôt elle est prise de vomissements. Le toucher vaginal ne fournit que des signes négatifs, le col est régulier, lisse, souple, légèrement entrouvert, et le liquide sanguinolent qui en sort n'a pas d'odeur caractéristique.

Dans la journée le malaise augmente, les vomissements sont presque incessants, et, à plusieurs reprises, à la dyspnée continue, s'ajoutent des crises plus violentes, de véritables accès de suffocation. Après une nuit plus calme la malade semblait quelque peu soulagée, lorsqu'en essayant de remonter dans son lit, elle tombe morte le 16 *mai*, dans la matinée.

**AUTOPSIE.** *Thorax.* A la base du *poumon droit*, il existe une petite poche purulente contenant environ un 1½ litre de pus. Ce kyste est logé dans le sillon costo-diaphragmatique et est limité en dehors par la paroi costale dans l'étendue de 2 espaces intercostaux, en bas par le diaphragme, en dedans et en haut par le 1/3 externe de la base du poumon. Cette *pleurésie diaphragmatique purulente* semble être déjà ancienne, en raison de l'épaisseur de ses parois. Toutes les autres parties de la plèvre, à droite et à gauche, sont complètement saines et dépourvues d'adhérences.

Les *poumons* sont aérés, crépitants, un peu emphysémateux. La base du poumon droit en rapport avec l'abcès pleural est un peu congestionnée. En faisant des coupes dans les parties superficielles du poumon, on ne remarque rien d'anor-

mal dans le parenchyme pulmonaire. Mais en se rapprochant du hile on voit sur les coupes quelques vaisseaux de gros calibre oblitérés. Si l'on suit ces vaisseaux on reconnaît que ce sont des artères pulmonaires.

On ouvre alors le cœur droit, l'infundibulum et le tronc de l'artère pulmonaire, et on trouve ces cavités remplies de caillots agoniques fibrineux ; ces caillots se prolongent jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire à droite et à gauche. Mais au-delà, au point où les artères pulmonaires droite et gauche se divisent pour former les branches lobaires, on trouve une accumulation de caillots, de volume et de formes très-divers, les uns allongés, les autres ovoïdes, très-irréguliers, mais tous plus petits que le calibre du vaisseau dans lequel ils sont arrêtés. Ces caillots sont durs et résistants, — Les autres cavités du cœur n'offrent rien de particulier à noter.

*Fois* sain ; — *rate* un peu volumineuse ; — *reins* normaux ; — *cerveau* petit ; — parois crâniennes très-épaisses. — Dans le *corps thyroïde* on remarque plusieurs kystes sanguins au nombre de 5 à 6, les uns gros comme une noisette, les plus volumineux comme un œuf de pigeon. Ces kystes contiennent des caillots stratifiés. — Aucune coagulation dans les veines des membres supérieurs et inférieurs.

Les *plexus ovariens* de chaque côté sont dilatés, forment des sinuosités dans l'épaisseur du ligament large, et présentent des nodosités variqueuses remplies de caillots et de phlébolithes. En incisant plusieurs de ces dilatations ampullaires et sacciformes on voit sortir de nombreuses concrétions fibrineuses en tout semblables à celles que contenaient les artères pulmonaires.

L'*utérus* est régulièrement développé et présente le volume d'une orange.

Une section faite sur la ligne médiane le divisant en 2 parties égales montre que les parois utérines ont partout une même épaisseur de 1 cent. 1/2 à 2 cent. et que la cavité de l'utérus est exactement remplie par une tumeur pyriforme du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur qui s'énuclee complètement, et ne tient en aucun point aux parois utérines a une surface externe assez régulière qui reproduit fidèlement le moule de la cavité utérine. Sa couleur est blanc-jaunâtre, sa consistance est celle d'une pâte un peu élastique. La coupe qui la sépare en 2 montre qu'elle a une constitution homogène.

L'*utérus* ainsi vidé de son contenu, présente les particularités suivantes : D'abord ses parois sont un peu épaissies, la surface péritonéale est normale, et en aucun point il n'existe

de tumeurs, mais la muqueuse paraît complètement détruite. A sa place, en effet, on voit la face interne hérissée d'une grande quantité de villosités, de filaments, longs et grêles, qui par places atteignent jusqu'à un et deux centimètres de longueur, et flottent lorsqu'on plonge l'utérus dans l'eau. Cette lésion est limitée au corps de l'utérus : le col est absolument sain, et sa partie intra-vaginale ne présente aucune modification.

Un premier examen *à l'état frais* permet de voir qu'il s'agit d'un épithéliome de l'utérus. — *Pour la tumeur* les éléments qu'on obtient par le raclage, sont des cellules épithéliales en très-grand nombre, de forme très-diverse, mais se rapprochant toutes du type cylindro-conique. Beaucoup sont très-altérées, sont devenues granulo-graisseuses et leur noyau se colore mal par le carmin, d'autres sont atteints de dégénérescence colloïde, d'autres sont devenues sphériques et ne représentent plus qu'un amas granuleux. Les plus jaunes (celles de la surface externe de la tumeur), sont réunies pour la plupart, en groupes assez irréguliers qui forment des plaques et des fragments de cylindres. Le noyau de ces dernières se colore d'une façon intense dans le picro-carmin. Au milieu de ces éléments se trouvent des amas de granulations graisseuses et des masses caséuses.

*Pour l'utérus*, le même procédé montre des cellules épithéliales cylindriques de volume très-variable, réunies en blocs irréguliers. Quelques-uns des filaments recueillis à la face externe de l'utérus sont portés sous le microscope et l'on voit qu'ils sont constitués par des colonnes de fibres lisses autour desquelles sont implantées quelques cellules épithéliales.

*Après durcissement* par les procédés classiques (liquide de Muller, gomme, alcool), des coupes pratiquées dans la tumeur et dans les parois utérines montrent les particularités suivantes :

*La tumeur* est entièrement formée de cellules épithéliales présentant les caractères dont nous avons parlé. Les unes (les plus près de la surface), à peine altérées, les autres les plus profondes, très-granuleuses. Ces cellules forment des amas considérables où on ne retrouve pas de groupement bien appréciable.

Par place, il existe des lacunes limitées par une substance fibrillaire, contenant des amas caséux. Près de la surface les cellules sont disposées en couches stratifiées entre lesquelles sont interposées des couches de substance fibreuse.

*Dans les parois utérines*, les coupes ont été faites normalement à la surface péritonéale. On y voit : que la muqueuse

a complètement disparu ; que les filaments que nous avons décrits à la face interne de l'utérus ne représentent que l'état le plus avancé d'une lésion qui occupe presque toute la paroi utérine. En effet, voici ce qu'on remarque sur une coupe en allant de la surface péritonéale vers la face interne. La surface péritonéale est normale. Au-dessous du péritoine existe une couche de fibres musculaires lisses de 2 à 3 millim. d'épaisseur à peu près normale. Au-delà on commence à trouver entre les faisceaux de fibres lisses des culs-de-sacs remplis de cellules épithéliales cylindriques, assez régulièrement disposées, culs-de-sac dirigés dans tous les sens, mais encore peu volumineux et en petit nombre par rapport à l'élément fondamental, les fibres lisses.

Plus profondément, on voit de grandes traînées sinueuses formant des figures diverses, des excavations et des lacunes. Ces espaces ne sont plus remplis par les cellules épithéliales qui tapissent leurs parois, il existe une lumière où tombe l'épithélium caduc.

Plus profondément encore, le tissu musculaire prend l'aspect d'un tissu spongieux et peu à peu on voit se former les fins prolongements de fibres lisses dont la surface interne de l'utérus est recouverte. A ce niveau l'épithélium devient très-irrégulier, et manque en beaucoup de points (1).

RÉFLEXIONS. — A propos de cette observation on remarquera : d'abord la rareté assez grande des thromboses des plexus ovariens comme origine d'embolies. La fréquence, au contraire, chez les vieillards, de ces pleurésies purulentes enkystées, donnant peu de symptômes ; et nous ajouterons que, dans notre cas, la situation même de la tumeur dans le sillon costo-diaphragmatique à droite, où la matité qu'elle présentait se confondait avec celle du foie, explique suffisamment comment elle a pu échapper même à un examen attentif. Mais c'est surtout la forme anatomique du cancer à laquelle on avait affaire dans ce cas qui mérite de fixer l'attention. Les exemples d'épithéliomes à cellules cylindriques sont rares dans l'utérus.

Il est facile de suivre dans ce fait leur accroissement par l'envahissement progressif du tissu dans lequel ils se développent. Leur point de départ est certainement dans les glandes tubuleuses de l'utérus. Mais, ce qu'ils offrent de spécial à l'utérus c'est le produit auquel ils donnent naissance. Cette tumeur formée d'épithélium agglutiné par un exsudat fibreux constitue un polype libre dans la cavité utérine qui peut se comporter comme les polypes ordinaires, soit que l'utérus l'expulse spontanément, soit que les accidents auxquels il peut donner lieu nécessitent une intervention chirurgicale. Dans

ces cas comme dans celui relaté dans la thèse de Montfumat (1867), ils pourraient être pris à cause de leur friabilité et de leur couleur pour des polypes fibreux atteints de dégénérescence caséuse, et l'examen microscopique est indispensable pour révéler la nature maligne de la tumeur.

**16. Kyste hydatique du foie, communiquant avec le duodénum et s'étant fait jour par le poulmon, en déterminant une gangrène pulmonaire et une hémoptysie foudroyante ;**  
Par le D<sup>r</sup> H. Rendu, interne des hôpitaux (1).

Ferdinand B..., âgé de 30 ans, ajusteur, est amené à l'hôpital Necker (service de M. POTAIN), le 19 février 1874. C'est un homme bien constitué, qui jusqu'en 1866 a toujours joui d'une bonne santé. Engagé dans l'infanterie de marine, il faisait partie d'une compagnie de discipline qui fut envoyée en Cochinchine. Il y resta quatre mois, et c'est à cette époque (1868) qu'il ressentit les premières atteintes de son mal. Sans avoir contracté ni dyssenterie, ni fièvres intermittentes, il fut pris un jour, presque subitement, d'une vive douleur épigastrique, accompagnée de vomissements alimentaires. L'accès dura deux jours et disparut, sans laisser de traces. Il est à noter qu'à cette date le malade faisait de fréquents excès alcooliques, et qu'il abusait particulièrement de l'absinthe.

Pendant son séjour en Cochinchine, il fut, à trois reprises différentes, atteint d'accès analogues, qui chaque fois durèrent environ 48 heures, et qui le prenaient régulièrement deux heures après le repas, en pleine période de digestion. Il calmait ses douleurs au moyen de quelques gouttes de laudanum, et ne s'en préoccupait pas davantage. Aucun de ces accès ne fut suivi d'ictère.

Rentré en France, il mena une vie de désordre et continua ses excès alcooliques. Il ne tarda pas à être repris de crises analogues à celles qu'il avait éprouvées en Cochinchine, mais ces crises duraient peu et revenaient à d'assez rares intervalles. En 1872, elles disparurent complètement, et pendant deux ans le malade put se croire définitivement débarrassé de son mal.

Il n'en était rien cependant. À la suite de copieuses libations et d'excès d'absinthe, un nouvel accès reparut, vers le 10 février dernier, mais cette fois avec une intensité et surtout une ténacité inusitée jusque-là. Au moment de son entrée à l'hôpital, il y avait huit jours que la crise durait, et de-

---

(1) Note lue pour obtenir le titre de membre titulaire de la Société anatomique.

puis quarante-huit heures, les paroxysmes se succédaient sans interruption.

Lorsqu'on l'examina pour la première fois, il était dans un état aigu qui rappelait complètement le tableau des coliques hépatiques ou saturnines arrivées à leur maximum d'intensité. Dyspnée excessive, anxiété précordiale considérable, face vultueuse et contractée, peau modérément chaude, mais ouverte de sueurs, mouvements incessants de jactitation pour se soustraire à l'intensité des douleurs, éructations fréquentes et nidoreuses, perpétuelles envies de vomir, et au milieu de tout cela, absence complète de fièvre.

Pendant quelques jours, le malade resta dans un véritable état de mal, constitué par une série de paroxysmes douloureux, subintrants. Chacun de ces paroxysmes débutait par une sensation de boulimie; l'estomac se ballonnait, des borborygmes et des renvois se faisaient entendre, alors la douleur commençait d'abord modérée, sous forme de crampes légères, puis graduellement croissante, elle devenait atroce, siégeant d'une façon persistante à l'épigastre, et s'irradiant sous forme d'élançements violents, vers les deux hypochondres, la base du thorax, et les vertèbres dorsales inférieures. Aux points où la douleur atteignait son maximum, la peau présentait un notable degré d'hyperesthésie, sans que la sensibilité des organes profonds fût très-augmentée. La pression, les mouvements respiratoires, surtout la toux et le hoquet exaspéraient notablement les souffrances.

Le début des accès survenait toujours quelque temps après l'ingestion des aliments. Au moment même où ceux-ci pénétraient dans l'estomac, ils ne provoquaient pas de vive douleur, mais peu après se manifestaient les éructations, la pesanteur gastrique, les crampes : au bout d'une heure, les vomissements venaient abondamment, et presque toujours c'étaient des matières à la fois bilieuses et alimentaires, rarement porracées, qui étaient rejetées. La langue était sale, la bouche amère; sur les gencives se voyait un abondant dépôt de tartre légèrement noirâtre, simulant tout à fait, au premier abord, le liseré gingival des saturnins.

L'examen local de l'abdomen, très-difficile à cause de la contraction des muscles droits et de la sensibilité excessive de la peau, fit reconnaître cependant que le foie était d'un très-petit volume au moment des paroxysmes.

En présence de ces symptômes, il était difficile de porter un diagnostic précis. L'idée qui semblait la plus rationnelle était que le malade avait de la gastralgie, sous l'influence de ses écarts de régime.

Dans l'intervalle des accès, en effet, l'estomac fonctionnait

régulièrement sans la moindre dyspepsie. D'autre part, l'hypothèse d'une colique hépatique semblait peu probable, à cause de la présence de la bile dans les vomissements, et de son absence dans l'urine : enfin, il n'y avait jamais eu le moindre ictère chez cet homme. Restait l'hypothèse d'une colique saturnine, mais jamais le malade n'avait manié de plomb, et il affirmait n'avoir été soumis à aucune cause d'intoxication. Toutefois, M. Potain se rattacha à cette idée en raison de la diminution de volume du foie et du liseré gingival, bien que ce dernier fut assez mal caractérisé. Les accès éprouvés en Cochinchine furent attribués à la même cause, et considérés comme des cas de *colique sèche*, c'est-à-dire de coliques saturnines méconnues.

Le traitement fut institué dans ce sens. Il consista dans des purgatifs répétés, et dans l'administration de 2 grammes de fleur de soufre par jour à l'intérieur. En même temps, le malade prenait un bain sulfureux tous les deux jours. La première semaine de ce traitement fut marquée par un apaisement notable des douleurs ; toutefois, les accès, pour être moins intenses, n'en revenaient pas moins fréquemment. Ils avaient un peu changé de caractère. Ainsi, le siège maximum de la douleur n'était plus la région épigastrique, mais celle du foie ; ses irradiations étaient bien moins prononcées qu'au début vers l'hypochondre gauche ; enfin, la glande hépatique, qui sous l'influence des purgatifs avait subi une augmentation de volume très-notable, et qui débordait les fausses côtes, était manifestement douloureuse. Quelques épistaxis qui survinrent à ce moment, firent également penser que le foie était plus directement en cause qu'on ne l'avait cru d'abord : toutefois, l'examen des urines restait toujours négatif au sujet de la présence de la bile et les accès n'étaient pas suivis d'aucune coloration ictérique ; en sorte qu'on hésitait encore à admettre de véritables coliques hépatiques.

Le 10 mars, la maladie entra dans une nouvelle phase, et cette fois, il n'y eut plus de doute que l'on n'eût réellement affaire à une affection hépatique. Sans cause connue, un accès très-violent se déclara, amenant, comme la première fois, une rétraction de la glande hépatique d'autant plus remarquable, que la veille, cet organe avait des dimensions considérables (19 centimètres de hauteur sur la ligne mammaire). Le lendemain, la crise se répéta aussi intense, et l'on remarqua pour la première fois que la muqueuse conjonctivale, celle de la langue et la peau présentaient une coloration ictérique très-prononcée, tandis que les urines renfermaient une notable quantité de matière colorante biliaire.



En même temps, la température s'était considérablement élevée et le thermomètre oscillait entre 40° et 41°, tandis que le pouls, quelques jours auparavant à 50 pulsations, montait brusquement à 100, 110 et 120 pulsations, sans dépasser ce dernier chiffre.

Il n'était donc pas douteux que la maladie, circonscrite bien évidemment au foie, ne fût entrée dans une nouvelle phase, celle des accidents inflammatoires. Pendant trois jours, une série de ventouses scarifiées furent appliquées sur l'hypocondre droit, chaque fois déterminant un apaisement de la douleur, mais sans que pour cela le mouvement fébrile subît la moindre détente. Un accès nouveau, survenu le 13 mars, donna lieu, comme celui du 10, à une poussée d'ictère, du reste passager.

Au bout de quelques jours, la fièvre, d'abord rémittente, prit une allure tout à fait intermittente. Chaque soir, vers trois heures de l'après-midi, le malade était pris d'un frisson, d'intensité variable; puis survenait le stade de chaleur, suivi de sueurs profuses qui se prolongeaient fort avant dans la nuit. Du 16 au 19 mars, ces accès se reproduisirent avec la régularité d'une fièvre intermittente légitime: à partir de cette date, ils furent un peu modifiés dans leur allure par le fait de l'administration du sulfate de quinine, donné à dose de 60 centigrammes, huit heures avant le moment du frisson.

Cette marche de la température, si caractéristique, fit admettre l'existence d'une angiocholite intra-hépatique probablement en voie de suppuration. Bien que la cause en restât obscure, il était rationnel de la rapporter à la présence d'un calcul biliaire. Cette supposition était confirmée par la persistance d'un ictère qui, sans être très-accentué, dura jusqu'à la mort du malade. Quant à la fièvre, à partir de ce moment, elle ne subit plus aucune suspension, mais elle garda toujours une grande irrégularité, en sorte que tout en se rapprochant du type continu, elle resta plus ou moins rémittente, chaque soir étant caractérisé par de grandes oscillations ascendantes de la température.

Jusqu'ici, le malade n'avait éprouvé aucune complication thoracique: à part l'anxiété respiratoire et la dyspnée provoquées par la douleur, au moment des accès de colique, la respiration était régulière et parfaitement normale.

Le 24 mars, de nouveaux symptômes vinrent éveiller l'attention du côté des organes thoraciques. Sans que la douleur fût plus vive que les jours précédents, l'oppression devint rapidement considérable, et la dyspnée s'accrut jusqu'à l'orthopnée. Toutefois, l'auscultation n'indiquait aucun désordre

dans le poulmon droit, il n'y avait pas de matité indiquant la présence d'un épanchement; enfin, le foie ne semblait pas abaissé sensiblement. On supposa qu'il se faisait un travail inflammatoire au niveau de la plèvre diaphragmatique, et un large vésicatoire fut appliqué sur l'hypocondre droit. Le soulagement obtenu fut à peine appréciable. Cinq jours après, survint un point de côté violent, indiquant en apparence, l'extension de l'inflammation de la plèvre diaphragmatique à la plèvre costale. On constata la présence de froissements pleuraux et de râles tout à fait à la base de la poitrine. Le lendemain, les râles étaient plus abondants, et les frottements s'entendaient dans le tiers inférieur de la poitrine : l'oppression était extrême, l'appétit nul ; le malade devenait de plus en plus cachectique ; toutefois, à part l'anxiété respiratoire, il n'y avait point d'expectoration, et à peine de toux.

Le 5 avril, ce dernier symptôme prit tout à coup une intensité inquiétante. Des quintes extrêmement pénibles survinrent et s'accompagnèrent d'une expectoration très-abondante, fétide et visqueuse, légèrement purulente. Dans la journée, plus d'un crachoir fut rempli de la sorte, et la toux persista pendant toute la nuit, en dépit des injections hypodermiques répétées pour endormir le malade.

Cette sorte de vomique fut suivie momentanément d'une détente notable, et l'anxiété des jours précédents fit place à quelques heures de calme. Localement, on pouvait entendre à la base de la poitrine, une sonorité tympanique en un point circonscrit. L'auscultation, à ce niveau, fit percevoir un souffle caverneux profond, avec une résonnance amphorique lointaine, appréciable seulement en faisant tousser le malade.

Il ne paraissait pas douteux, dès lors, qu'il ne se fût produit, à la suite de l'angiocholite et de la périhépatite, une pleurésie purulente circonscrite qui s'était fait jour par les bronches.

On pouvait encore espérer une issue favorable : mais à l'amélioration du jour précédent, succédèrent de nouveaux accidents qui ne laissèrent plus de doute sur la terminaison de la maladie. La toux, loin de se calmer, continua à être fréquente et quinteuse : l'expectoration, d'abord puriforme, devint grisâtre, excessivement fétide, et manifestement gangréneuse pendant 48 heures : puis à ces crachats gangréneux vinrent se joindre des matières biliaires, en petite proportion d'abord, ensuite de plus en plus abondantes. A partir du 8 avril, les crachats furent formés presque exclusivement de bile jaunâtre, tout en gardant une odeur de sphacèle caractéristique, et une horrible amertume pour le malade. L'analyse de ces crachats fit reconnaître une grande quantité

d'albumine, et une faible proportion de matières biliaires, malgré l'intensité de leur coloration jaune.

Toutefois, bien que l'état général fût évidemment fort grave, il y avait une certaine détente dans quelques symptômes : les douleurs thoraciques étaient moindres ; la fièvre n'augmentait pas, la toux restait seulement quinteuse. Rien n'annonçait une fin imminente. Dans la nuit du 11 avril, au milieu d'un effort de toux, le malade fut pris brusquement d'une hémoptysie considérable, et mourut en quelques secondes, vomissant le sang à pleine bouche.

L'AUTOPSIE, pratiquée le 12 avril, donna l'explication et de cette mort soudaine, et des phénomènes qui l'avaient précédée. Tout d'abord, en ouvrant la cavité thoracique et abdominale, on ne constate aucun désordre apparent. Le foie, volumineux, et renversé en avant, débordé l'estomac ; les poumons occupent leur position normale, le péricarde renferme un peu de liquide.

Les différents viscères étant enlevés avec précaution ; y compris l'estomac, le duodénum et le pancréas, sont examinés par leur face postérieure. Il est alors possible de constater des désordres considérables ; et à première vue, le poudmon droit, dans son lobe inférieur, est mollassé, verdâtre et sphacélé.

Le foie présente une forme particulière. Son lobe droit est très-atrophié ; son lobe gauche, au contraire, est considérablement augmenté de volume. Immédiatement au-dessus de la vésicule biliaire, à la partie postérieure du lobe droit, se voit une poche ramollie, fluctuante, qui paraît être un abcès. Afin de voir plus exactement les rapports de cette poche, le canal cholédoque est disséqué en remontant à partir de l'ampoule de Vater. On voit alors qu'il est très-dilaté et fortement épaissi. Sa muqueuse est rouge, injectée, rugueuse et comme réticulée. En introduisant un stylet dans le canal, on constate qu'il aboutit par un orifice large et évasé à cette poche intra-hépatique dont il a été déjà parlé. Celle-ci a le volume d'une petite orange ; située au bord postérieur du foie, elle se trouve immédiatement contiguë au diaphragme par sa face supérieure. Elle est tapissée par une paroi épaisse d'un demi-centimètre, lisse, indurée, colorée en jaune par de la bile, et assez vasculaire. Elle est en partie remplie par du pus mêlé de bile.

Au milieu de ces débris se voit une coque d'un jaune d'ocre foncé, cassante, en partie brisée et recroquevillée sur elle-même, du volume d'une grosse noix. Elle est comme enchaînée à la partie postérieure de la loge intra-hépatique, et se trouve séparée de l'orifice du canal cholédoque par un intervalle de près de 2 centimètres. Toutefois, malgré cet en-

chatonnement partiel, la coque, qui est bien évidemment le reste d'un ancien kyste hydatique, est susceptible de se déplacer, mais fort difficilement. A la partie supérieure et postérieure de cette cavité hydatique se remarque un pertuis de la largeur d'une plume d'oie, irrégulier, par lequel on pénètre dans le lobe inférieur du poumon droit. Celui-ci présente des altérations considérables.

En sectionnant le lobe inférieur du poumon, le long du bord axillaire, on tombe sur une masse infiltrée, homogène, de consistance gélatineuse, d'une coloration variable depuis le rouge sombre et le noir jusqu'au jaune orange, disposée par bandes irrégulières, se pénétrant les unes les autres. Cette masse est constituée par la trame pulmonaire hépatisée et fortement imprégnée de bile. Sur ce fond se détachent des caillots sanguins volumineux, de date récente, infiltrant les points où le parenchyme pulmonaire était moins résistant.

En suivant la circonscription de ces caillots, on ne tarde pas à rencontrer une excavation gangréneuse très-anfractueuse, contenant des débris de poumon, et tapissée par des filaments d'un noir verdâtre constitués par la charpente des alvéoles. Le tout est imprégné de bile et répand une odeur infecte. Cette caverne communique, en effet, par un trajet fistuleux très-étroit et tortueux, avec l'ouverture de la poche hydatique, ce qui explique comment, du vivant du malade, il ne passait plus de bile par les bronches.

Quant à l'ulcération du vaisseau, source probable de l'hémoptysie ultime, elle n'a pu être directement constatée, mais il est certain que c'est au niveau de cette excavation qu'elle a dû se produire, car en aucun point les caillots sanguins ne sont plus pressés ou plus nombreux. Cette hémoptysie a été du reste considérable, et a rempli instantanément tous les conduits aériens : les bronches et la trachée sont injectées dans toute leur étendue, par du sang coagulé. En suivant les bronches jusqu'au voisinage du foyer gangréneux, on constate que l'une d'elle vient s'ouvrir largement dans la caverne par une ulcération de la paroi.

Tout autour du foyer gangréneux du poumon se voit, jusqu'au lobe moyen, une infiltration gélatiniforme, une sorte de pneumonie colloïde du parenchyme pulmonaire. Le sommet du poumon est emphysémateux et présente des noyaux caséux constitués par ces dilatations bronchiques.

Quant au tissu du foie proprement dit, il est manifestement altéré, et il offre ce mélange de congestion vasculaire et de dégénérescence graisseuse, si fréquente chez les buveurs, qui caractérise le foie muscade. Mais il n'existe pas d'hépatite proprement dite.

Les vaisseaux sus-hépatiques sont anormalement dilatés : mais nulle part on ne constate de dilatation des ramuscules biliaires, encore moins d'abcès biliaires.

L'inflammation s'est bornée exclusivement au canal cholédoque et à la poche qui contenait les débris du kyste hydatique. — Les autres organes sont absolument sains.

RÉFLEXIONS. — En résumant cette longue observation, on voit qu'elle peut se diviser en plusieurs tableaux, qui correspondent à des phases différentes de la maladie.

Dans une première période, la lésion existe depuis fort longtemps sans doute, puisque dès l'année 1868 surviennent des accidents qui doivent évidemment s'y rapporter. Ils sont caractérisés par des crises douloureuses qui sont vraisemblablement des coliques hépatiques, mais qui, ne s'accompagnant pas d'ictère et laissant persister l'écoulement de la bile dans l'intestin, donnent le change sur leur véritable nature.

Pendant les deux premières semaines du séjour de notre malade, le diagnostic reste hésitant, jusqu'au jour où se montre la coloration subictérique des conjonctives. Puis surviennent des accès fébriles, à type d'abord rémittent, ensuite franchement intermittent, qui font place bientôt à une fièvre pseudo-continue traversée par des crises douloureuses. On peut, dès lors, suivre les progrès du travail de l'inflammation. Limité d'abord au foie, il paraît bientôt envahir le diaphragme, la plèvre diaphragmatique, la base du poumon : enfin survient une vomique qui ne laisse plus de doute sur la lésion pulmonaire. L'ulcération gangréneuse du poumon et l'hémoptysie foudroyante qui la terminent viennent accélérer un dénoûment prévu.

Quelques points, dans l'histoire de ce malade, méritent d'attirer spécialement l'attention. Evidemment, nous nous trouvons ici en présence d'une lésion ancienne, et même, on peut le dire, presque guérie par les procédés naturels. Les dimensions du kyste, qui se réduit à la grosseur d'une noix, l'état ocreux de ses parois, la disproportion considérable entre son volume et celui de la poche intrahépatique qui le contient, tout prouve que depuis longtemps les hydatides étaient détruites, et qu'il ne restait plus que leur enveloppe, susceptible d'un enkystement définitif, et déjà en partie enchatonnée. D'autre part, l'examen des rapports de la poche avec les parties adjacentes, l'ouverture du canal cholédoque dans cette poche, font assister, pour ainsi dire, rétrospectivement à ce qui a dû se passer pour amener la guérison du kyste hydatique. — Il paraît probable, en effet, que les hydatides se sont évacuées par la voie du canal cholédoque dans le duodénum ; par suite, le kyste a été mis de bonne heure en communica-

tion avec la bile, ce qui a tué les hydatides et les a empêchées de prendre du développement. Le fait de la dilatation considérable du canal cholédoque (assez large pour admettre une plume à écrire dans toute sa longueur, et l'extrémité du petit doigt dans son orifice intrakystique), semble une preuve qu'il a servi de passage à des hydatides probablement assez volumineuses. On peut donc, je crois, rattacher les accès de colique éprouvés par le malade lorsqu'il était en Cochinchine à l'évacuation de ses hydatides au fur et à mesure qu'elles s'engageaient dans le canal cholédoque.

A partir de 1872, les accès ne s'étaient plus renouvelés, et le malade se considérait comme complètement guéri. Il l'était effectivement, car plus d'une fois on a trouvé dans les autopsies des débris de kystes hydatiques analogues, qui sont restés ignorés toute la vie sans provoquer aucun désordre sérieux. Il a donc fallu une cause occasionnelle spéciale pour réveiller des accidents qui paraissaient complètement oubliés. Cette cause, dans le cas actuel, ne paraît pas contestable. C'est à la suite d'écarts de régime, et surtout d'excès alcooliques, que le malade a éprouvé de nouvelles attaques et quelques jours avant son entrée, il avait absorbé une notable quantité d'absinthe, ce qui avait immédiatement provoqué l'explosion d'une crise plus violente qu'à l'ordinaire.

Par quel mécanisme l'alcool a-t-il agi dans cette circonstance ? Vraisemblablement c'est son passage en nature à travers le système de la veine porte qui a déterminé dans le foie un état congestif, cause prédisposante pour les accidents ultérieurs. Mais il est beaucoup moins facile d'expliquer pourquoi les accidents ont affecté de nouveau les allures de coliques hépatiques. Faut-il admettre que le kyste, jusque-là enclavé et immobile dans sa loge, a subi un déplacement, et est venu se présenter à l'orifice interne du canal cholédoque ? La chose n'est guère supposable, si l'on se rappelle que les débris du kyste se trouvaient comme enclavés dans la poche intrahépatique.

D'autre part il y a une contradiction apparente entre l'état congestif du foie qui aurait provoqué les accidents; et les dimensions de cet organe, appréciables par la percussion, et qui ont toujours montré une rétraction considérable au moment où les accès arrivaient à leur paroxysme. Cette rétraction était aussi prononcée que dans le cours des coliques de plomb les plus intenses, et c'est même ce signe qui avait fait supposer d'abord à M. Potain que nous nous trouvions en face d'accidents saturnins jusque-là méconnus.

Il y avait donc bien évidemment, pendant la période des crises douloureuses, un véritable état spasmodique de tous

les vaisseaux de la glande, qui se traduisait par la diminution de la masse de l'organe.

Ce spasme était-il la cause ou la conséquence de la douleur excessive perçue par le malade ? Bien qu'il soit difficile de se prononcer à ce sujet, il est plus probable que le spasme était le phénomène primitif, car toutes les fois qu'un purgatif était administré, il déterminait une augmentation de volume du foie, et il y avait une détente notable dans les souffrances du malade.

D'ailleurs, bien que la colique hépatique soit dans l'immense majorité des cas symptomatique de la présence d'un corps étranger dans les voies biliaires, il n'est pas sûr que dans certaines circonstances, elle ne puisse se produire spontanément, le canal cholédoque restant libre. M. Sénac (1), sans être absolument affirmatif, se rattache à cette idée, et considère cette variété de coliques, non pas comme une névralgie viscérale, mais comme le résultat du spasme des conduits biliaires. Peut-être, dans le fait qui nous occupe, doit-on invoquer cette étiologie : car à moins de supposer des fragments de la poche kystique venant s'engager périodiquement dans le canal cholédoque et déterminant les crises successives, circonstance déjà fort peu vraisemblable, il est tout-à-fait inadmissible que le kyste en totalité ait pu pénétrer, même partiellement, dans l'orifice de ce canal, puisqu'il était enclavé dans sa loge et à peine mobile.

Je n'insiste pas davantage sur ce mode de production de la colique, car le tamisage des matières fécales, seul critérium absolu en pareil cas, n'ayant pas été fait, on ne saurait émettre que des hypothèses à cet égard.

Il est plus facile d'expliquer les *accès fébriles intermittents* qui ont caractérisé la seconde période de la maladie. On sait bien maintenant que ces accidents sont presque toujours occasionnés par la présence d'un corps étranger dans les voies biliaires et par l'angiocholite qui en est la conséquence, quelque soit d'ailleurs la nature du corps étranger. M. Charcot, et après lui M. Villard, ont montré que non-seulement la fièvre intermittente biliaire est symptomatique de calculs, mais qu'on la rencontre également dans le cas de cancer des voies biliaires ou de kystes à échinocoque. Tout récemment, MM. Graux et Hayem présentaient à la Société des hydatides engagées dans le canal cholédoque, chez une malade affectée pendant sa vie de cette forme de fièvre ; or, ici, la raison anatomique n'est plus tout à fait la même. Il y a bien encore un corps étranger, qui est le kyste, dans l'épaisseur du paren-

---

(1) Sénac. — *Traitement des coliques hépatiques*, etc. 1870. p. 44.

chyme hépatique; mais il n'est pas directement engagé dans le canal cholédoque, seulement il communique avec une poche dont la paroi se continue avec la muqueuse de ce canal. Il faut donc admettre que l'inflammation des voies biliaires s'est faite par propagation, à la suite de la phlegmasie de la membrane d'enveloppe du kyste. C'est là un fait intéressant, parce qu'il montre bien que l'angiocholite par elle-même et quellequ'en soit la cause s'accompagne d'accès intermittents. Il n'est pas nécessaire non plus pour la production de ces accès fébriles que la totalité des voies biliaires soit enflammée; ici, il n'y avait absolument que le canal cholédoque; tous les autres conduits biliaires, contrairement à ce que l'on avait supposé, étaient absolument sains; il n'y avait pas non plus la moindre trace d'hépatite parenchymateuse ni interstitielle, vérification en a été faite au microscope.

Quant à l'*ictère* qui survenait chez notre malade toutes les fois qu'il était pris d'un frisson violent, il est susceptible de deux interprétations.

Ou bien il y avait, sous l'influence de l'état spasmodique dont nous avons parlé, rétention passagère et momentanée de la bile, ou bien au contraire hypersécrétion de ce liquide et véritable polycholie. — Je crois que cette dernière interprétation est plus rationnelle. Effectivement, dans tous ses accès, les vomissements sont constamment restés bilieux, ce qui n'a guère lieu dans le cas d'obstruction des voies biliaires; d'autre part les matières fécales n'ont jamais été trouvées notablement décolorées. En un mot, le cours de la bile n'a pas été supprimé, ce qui autorise à supposer que l'*ictère* était plutôt dû à un afflux biliaire exagéré.

Un point qui me semble également devoir être mis en relief dans l'histoire de ce malade, ce sont les *variations considérables qu'a subies le volume du foie*. La mensuration de cet organe a régulièrement été pratiquée presque tous les jours au moyen de la percussion: or, bien souvent d'un jour à l'autre, il y avait dans la dimension de la glande des écarts excessifs. Il ressort du tableau de ces mensurations, relevé sous forme de courbe graphique, que chaque crise de coliques et d'angiocholite amenait une contraction très-notable du foie, tandis que l'administration des purgatifs, et particulièrement des drastiques, déterminait une augmentation de volume énorme de la glande. Je relève ici quelques chiffres:

Le 20 février, au moment d'un accès, la hauteur verticale de la matité, suivant la ligne mammaire, est de 9 centimètres: On purge le malade plusieurs jours de suite avec de l'eau de Sedlitz: la matité atteint 17 centimètres 1/2. Nouvel accès, très-intense, le 7 mars — 8 centimètres. Le lendemain, sous



l'influence de 2 gouttes d'huile de croton, la matité remonte à 19 centimètres 1/2. Le 13 mars, accès suivi d'ictère — 11 c. Les jours suivants, après des ventouses sèches et des révulsifs intestinaux, le foie atteint de nouveaux 17 centimètres. Enfin, le 19 mars, dernier accès très-violent, abaissant la ligne de matité jusqu'à 9 centimètres. A partir du moment, où la fièvre devient subcontinue, le volume du foie reste le même, et il oscille entre les limites de 14 et 15 centimètres de matité. — Ces variations, presque journalières, jouent sans doute un rôle important dans la production des accidents congestifs et douloureux des affections du foie, et bien qu'il soit impossible d'en donner actuellement une explication satisfaisante, elles méritent d'être relevées avec soin pour servir plus tard d'éléments utiles de comparaison.

L'ouverture du kyste hydatique dans le poulmon, avec gangrène de cet organe, sans être une terminaison fréquente, a été signalée par quelques auteurs. Frerichs ne rapporte point d'observation personnelle à cet égard, mais Trousseau relate avec détails dans sa clinique, un fait qui présente de grandes analogies avec notre observation actuelle. D'après le petit nombre de cas que j'ai pu comparer, le passage de la bile, en nature ou mêlée avec le pus, détermine bien plus sûrement le sphacèle du parenchyme pulmonaire, que le contact exclusif du pus. Ainsi tandis que la plupart des kystes hydatiques suppurés, qui s'ouvrent sur la poitrine, y déterminent, soit une pleurésie purulente, soit une vomique pure et simple, quelquefois suivie de guérison, il n'en est plus de même quand la bile s'épanche dans le poulmon : elle entraîne alors presque toujours la mortification rapide. La présence de la bile dans les crachats de la vomique est donc, à ce point de vue, d'un pronostic plus immédiatement grave.

#### Elections.

A la fin de la séance, M. le D<sup>r</sup> BOUCHEREAU, membre titulaire de la Société depuis trois ans, est nommé membre honoraire, conformément au règlement.

#### *Séance du 19 juin.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**17. Carcinome encéphaloïde du médiastin, intéressant les ganglions et le péricarde ; — thromboses multiples : Kyste dermoïde de l'ovaire à l'autopsie ;** par M. RENDU.

Madeleine Mongeot, 44 ans, gantière, est amenée le 11 juin 1874 (service de M. POTAIN), à l'hôpital Necker. C'est une

femme rachitique, qui présente un notable degré de scoliose, et une incurvation de la poitrine du côté gauche. A l'âge de 17 ans, elle a eu une bronchite tenace, qui fit craindre pour sa poitrine. Depuis, aucune maladie. Au mois de mars dernier, elle commença à tousser, et bien qu'elle eût peu d'expectoration, elle était fort essoufflée. Elle avait notamment des points douloureux dans toute la poitrine, qui nécessitèrent l'application d'une série de vésicatoires. Cet état de choses dura tout le mois d'avril.

Dans les premiers jours du mois de mai, elle eut quelques hémoptysies peu abondantes et commença à maigrir. L'oppression fit des progrès ; un médecin qu'elle consulta, lui dit qu'elle avait une pleurésie. Elle entra alors à l'hôpital dans le service de M. Chauffard. L'épanchement était subaigu, peu abondant ; elle souffrait peu, et se plaignait surtout de faiblesse et de perte d'appétit ; elle n'avait du reste aucun œdème. Elle quitta le service au bout de trois semaines. Pendant son séjour dans les salles, elle avait été prise de douleurs névralgiques dans la face et le cou, irradiant du côté gauche, revenant périodiquement, surtout la nuit, et résistant au sulfate de quinine.

Ces névralgies la quittèrent presque immédiatement après sa sortie de l'hôpital ; mais de nouveaux accidents ne tardèrent pas à se montrer. Trois ou quatre jours après, elle commença à enfler du côté gauche de la figure, et l'œdème fut assez considérable pour entraîner du chémosis palpébral, et pour rendre les mouvements du cou difficiles. Depuis, cet œdème a diminué, mais elle s'est aperçu alors qu'il existait dans la région sus-claviculaire gauche une nodosité volumineuse et peu mobile. Dans les premiers jours de juin, le bras gauche est devenu tuméfié à son tour : puis la jambe gauche : enfin, depuis hier soir, la jambe droite, qui ne présentait qu'un léger œdème autour des malléoles, est devenue énorme, tendue et douloureuse. A son entrée à l'hôpital, elle est dans l'état suivant :

C'est une femme assez pâle, légèrement bouffie, et très-notablement cachectique. A première vue, il y a une différence entre le côté droit et le côté gauche, qui est tuméfié et fortement œdématié. Le cou semble élargi de chaque côté : à sa base dans le triangle sus-claviculaire, à droite comme à gauche, on sent des tumeurs nodulaires, formées évidemment par les ganglions de la région, et empâtant les régions profondes du cou. Ces ganglions se sentent facilement, mais ils sont peu mobiles et paraissent avoir contracté des adhérences avec les tissus adjacents. Ils sont assez douloureux au toucher, mais ne sont pas le siège d'élançements spontanés. Par leur volume, ils compriment les gros vaisseaux du cou, particulièrement les jugulaires ; on voit ces veines se dessiner sous

forme de cordons dilatés à la partie latérale du cou, et il existe une circulation collatérale veineuse fort développée, qui empiète également sur l'épaule et la région sous-claviculaire. Les tumeurs paraissent également comprimer l'œsophage et gêner considérablement la déglutition des liquides; car la malade ne peut boire sans être prise d'une toux spasmodique et quinteuse, qui dure quelques minutes; au contraire, la déglutition des solides, quoique gênée, est encore possible.

L'examen de la poitrine montre une excavation très-apparente du creux sous-claviculaire gauche, et au contraire une voussure de la région correspondante droite, mais c'est là une déformation congénitale. Le sein gauche est très-tuméfié, ainsi que le bras gauche: Cependant on ne sent pas de thrombose axillaire ni humérale, et la gêne circulatoire veineuse siège probablement au niveau du tronc brachiocéphalique gauche. On ne sent pas de ganglions axillaires ni sous-claviculaires.

La percussion du thorax donne les résultats suivants: Matité très-étendue dans toute la région sternale, empiétant à droite sur la région sous-claviculaire, à 2 travers de doigt du sternum. À gauche, matité absolue depuis le haut jusqu'en bas. Le cœur, malgré cela, ne paraît pas déplacé, ni volumineux; il bat normalement et n'a pas de souffle; ses battements sont un peu faibles.

En arrière, matité également complète dans toute l'étendue de la poitrine, avec absence totale d'élasticité à la base. À l'auscultation, on entend une respiration faible et une expiration légèrement soufflante vers la base, pas de râle, la voix soufflée est plutôt bronchophone qu'égophone. Au sommet, au contraire, et vers la racine des bronches, la respiration est remplacée par un souffle large, tubaire, presque amphorique. La voix se transmet directement à travers une masse condensée: elle est bronchophone. Ce souffle existe également en avant sous la clavicule gauche et dans la ligne axillaire.

Les vibrations thoraciques semblent abolies à la base et confinées au sommet de la poitrine, mais il n'y a pas de netteté dans ce signe. À droite, la sonorité pulmonaire est partout conservée, plutôt même exagérée: la respiration est puérile, sans souffle ni râles. Le foie n'est pas volumineux ni douloureux.

Les autres organes sont difficiles à explorer à cause de l'œdème de la paroi abdominale gauche. On sent dans la fosse iliaque gauche un empatement profond qui paraît être dû à des ganglions hypertrophiés. Ceci expliquerait peut-être l'œdème des jambes qui, peu prononcé à la jambe gauche, est très-considérable du côté droit. La pression sur la veine

fémorale est un peu sensible, pourtant on ne sent pas de cordon induré, non plus qu'à l'aîne. Il est probable que l'obstacle siège plus haut.

En un mot, il ressort de cet examen, que cette femme a très-certainement une tumeur carcinomateuse dans le médiastin, que cette tumeur a probablement commencé par le poumon gauche, attendu que les signes du début ont été ceux d'une bronchite avec hémoptysies : que la propagation de l'affection à la plèvre a déterminé un épanchement pour lequel elle est venue une première fois à l'hôpital. Consécutivement, les ganglions bronchiques, ceux du médiastin, de la région sus-claviculaire se sont envahis, comprimant les troncs veineux, d'où les œdèmes multiples, et l'œsophage. Peut-être même ce dernier organe est-il envahi par la tumeur, quoiqu'elle ne semble pas l'avoir atteint primitivement. Enfin actuellement il y a des thromboses multiples dans les veines des membres inférieurs, qui déterminent en ces points de l'œdème.

Comme renseignement étiologique, la mère de cette malade a succombé à un cancer de l'estomac.

La malade n'est restée à l'hôpital que cinq jours. Les phénomènes asphyxiques ont fait des progrès; l'œdème de la jambe droite est devenu excessif : dans les derniers jours, aucune boisson ne pouvait être avalée, la toux était devenue cassée et presque éteinte.

Après avoir présenté plusieurs accès de suffocation suivis de sueurs profuses et de syncopes, la malade mourut le 16 juin : depuis la veille au soir le pouls radial n'était plus perceptible.

AUTOPSIE, le 18 juin, 36 heures après la mort. — En ouvrant la poitrine, il s'échappe plus d'un demi-litre de sérosité sanguinolente du *péricarde*. Quant aux plèvres, elles en renferment également, mais moins qu'on eut pu s'y attendre. Ainsi la plèvre gauche ne contient pas plus d'un litre de sérosité : à droite, il y en a un demi-litre environ, offrant d'ailleurs les mêmes caractères que celle du péricarde.

Le *médiastin* est occupé entièrement par une *tumeur* molasse, d'un rouge vineux, lobulée, constituée manifestement par les ganglions de la région, conglomérés et hypertrophiés. Cette tumeur englobe complètement la trachée, la bifurcation des bronches, les artères et veines pulmonaires : elle est intimement unie, par des adhérences très-solides, à la plèvre qui recouvre le sommet du poumon gauche, en sorte que pour extraire ce dernier de la cavité thoracique il faut détruire en partie la tumeur. En avant, cette tumeur est en contact immédiat avec le sternum, auquel elle adhère par des brides celluluses ; en bas, elle se prolonge au devant du péricarde, qui est

englobé en partie et dégénéré sur nombre de points. En haut, elle se continue avec la chaîne des ganglions sus-claviculaires de sorte que le tronc brachio-céphalique veineux, les nerfs cardiaques, récurrents, pneumo-gastriques, l'artère sous-clavière sont comprimés plus ou moins par la production morbide.

Le *péricarde* est dans sa presque totalité envahi par la tumeur : il est épaissi et parsemé de nodosités très-vasculaires, mollasses, évidemment de même nature que les ganglions du médiastin. Son feuillet viscéral est moins altéré que le feuillet pariétal : cependant on voit au devant du cœur, dans le sillon interventriculaire et sur la face antérieure du ventricule droit, une série de noyaux blanchâtres constitués par le tissu de la tumeur, et entourés par une zone fort vasculaire.

Par contre, la plèvre, malgré son voisinage immédiat avec la tumeur du médiastin, est peu envahie, sauf au sommet du poumon gauche. Quelques rares noyaux se voient à la surface du poumon : nulle part il n'existe de traces de lymphangite pulmonaire cancéreuse.

Les *deux poumons* présentent des altérations qui sont dues à la compression et à l'état d'engouement chronique dans lequel ils se trouvaient. Le poumon droit est fort congestionné, emphysémateux sur quelques points ; le poumon gauche est réduit à la moitié de son volume normal, carnifié et splénisé dans toute son étendue ; du reste, le parenchyme pulmonaire n'est pas envahi par le cancer.

Le *système veineux* est altéré sur nombre de points. Le tronc brachio-céphalique gauche et la veine jugulaire correspondante sont oblitérés par un caillot solide, qui paraît de date assez récente, mais qui néanmoins a contracté des adhérences avec la paroi. De même, la veine cave inférieure, l'iliaque, et la fémorale droites sont dans presque toute leur étendue obstruées par une coagulation du même genre, ce qui expliquait suffisamment l'œdème du membre inférieur droit.

Nulle part, dans les autres viscères, sauf sur les séreuses, on n'a trouvé de traces de cancer. Mais il y en avait quelques noyaux épars sur le péritoine, au niveau du mésentère, et sur la face convexe de quelques anses intestinales. Le foie présente des traces de congestion chronique et des lésions qui rappellent exactement l'aspect du foie muscade des affections cardiaques. La rate est normale, ainsi que les reins (un peu congestionnés).

L'examen de l'*utérus et de ses annexes* fait voir une lésion tout-à-fait inattendue, occupant la fosse iliaque gauche. En ce point il existe une tumeur assez volumineuse, de la grosseur

du pbing environ, telles manifestement à l'ovaire, et présentant à première vue l'apparence d'un kyste. En l'incisant, on voit qu'il est rempli d'une matière sébacée concrète, analogue exactement au contenu de certaines tannes, butyreuse, molle et grasse. Au milieu de cette substance se trouvent une immense quantité de cheveux noirs et blancs, fort longs, pelotonnés en amas, les uns sont libres dans l'intérieur du kyste, les autres s'implantent sur sa paroi, suivant des directions irrégulières. En un mot, il s'agit là d'un kyste dermo-pileux évidemment congénital. On n'a point trouvé de fragments d'os ni de germes dentaires sur la paroi interne du kyste.

*Examen anatomique de la tumeur.* Quelque soit été le point de départ de la tumeur, que ce soit le péricarde, ou primitivement les ganglions bronchiques et médiastiniques, elle est constituée par un tissu mou, d'apparence blanchâtre sur les parties récemment formées, rougeâtre et de couleur lie de vin sur les points plus anciennement envahis, au râclage elle donne un sus pulpeux, grisâtre; en un mot, elle offre tout-à-fait l'apparence de l'encéphaloïde ou du cancer médullaire.

A l'état frais, ce suc examiné sous le microscope, montre une série de cellules de formes et de dimensions variées, contenant, les unes un seul noyau, d'autres plusieurs. — La plupart se terminent par des prolongement fusiformes: d'autres se présentent sous formes de plaques arrondies, irrégulières; à gros noyaux, et rappellent exactement l'aspect des cellules épithéliales. Des noyaux libres en très-grand nombre sont mêlés aux cellules précédentes. En un mot, les éléments de cette tumeur sont très-polymorphes, comme dans le carcinome.

Les coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool montrent la présence d'un réseau alvéolaire très-net, rempli par les cellules précédentes. La tumeur est donc un carcinome, et en raison du peu d'abondance de la trame fibreuse, elle appartient à la variété encéphaloïde.

**18. PLEURO-PNEUMONIE; PÉRICARDITE ABRINÉUSE considérable;**  
par M. GUILLERMÉ, interne provisoire.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique provient du service de M. LORAIN à la Pitié. C'est une péricardite, avec épanchement sanguinolent très-abondant. — Le péricarde très-épaissi, puisque il a près de 3 millim. était distendu au point de remplir la plus grande partie de la cavité thoracique et refoulait les poumons comprimés d'autre part par un épanchement pleurétique bilatéral et d'abondance moyenne. — Les 2 feuillets de la plèvre étaient soit d'un côté,

soit de l'autre reliés par des adhérences peu nombreuses et assez molles. — Le péricarde après constatation de son énorme volume, fut incisé et de son intérieur s'écoulèrent 600 grammes de liquide sanglant et quelques caillots fibrineux. — Le plus considérable était de près de 10 grammes.

Une fois le liquide écoulé, l'incision fut prolongée et permit de constater que le feuillet pariétal du péricarde était doublé d'une fausse membrane de nouvelle formation présentant par place des ilots hémorrhagiques, tandis que le feuillet viscéral présentait les apparences villeuses et réticulées qu'on a comparées à celles de la langue des chats et des gâteaux de miel. On y remarqua en outre des prolongements fibrineux qui flottaient dans l'épanchement et d'autres qui établissaient des adhérences multiples entre les 2 feuillets de la séreuse, adhérences qui se déchirent avec la plus grande facilité.

Le malade était un jeune menuisier de 17 ans. — Brun et bien développé, ne présentant de traces d'aucune diathèse, et n'ayant jusqu'ici fait aucune maladie sérieuse. Il entra à la salle Saint-Michel le 5 juin 1874 ayant éprouvé depuis une 8<sup>e</sup> de jours des phénomènes de courbature et de malaise, ainsi qu'une céphalalgie intense et continuelle. — La veille de son entrée il eut une épistaxis légère.

À son entrée, il a des vertiges et de la céphalalgie, sa langue est couverte d'un enduit blanchâtre assez abondant; il y a de l'anorexie, de la soif, le ventre est un peu douloureux, mais il n'y a pas de diarrhée. — Toux légère, et l'auscultation révèle des deux côtés quelques râles sibilants tout à fait analogues à ceux du catarrhe typhique au début. Rien au cœur. T.R. 39°, 1.

Pendant les jours qui suivirent, on put constater l'augmentation des phénomènes pleurétiques, et l'établissement des signes manifestes d'une pleurésie au côté gauche, et d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Ce ne fut que le 10 juin, c'est-à-dire 5 jours après son entrée à l'hôpital et 13 jours après l'apparition des premiers symptômes, qu'on put constater à l'auscultation du cœur un double bruit de frottement très-léger, bruit qui le lendemain prend une intensité beaucoup plus considérable, il est très-net et dur à la base aux 2 temps du cœur, voilant les bruits normaux et se décomposant en 3 frottements; à la pointe, les bruits sont encore beaucoup plus intenses et se décomposent en 4 saccades. La matité remonte en haut à 2 travers de doigt au-dessus du mamelon, en bas, descend à 6 travers de doigt au dessous, la matité transversale est aussi considérablement augmentée sans qu'elle soit aussi facile à délimiter. — Le choc de la pointe du cœur n'est plus perceptible. — Le pouls est *régulier* d'une *fréquence modérée* et ne présente d'autre altération que l'exagération du dicrotisme normal,

le malade, n'a pas de délire; sa langue est sèche; il n'a ni dysphagie, ni phénomènes d'étranglement, il se plaint d'une douleur vive au niveau du mamelon, il présente en outre un léger météorisme abdominal et une douleur à l'articulation scapulo-humérale droite, mais, phénomène à constater, il apparaît un léger œdème autour des malléoles, œdème qui ira en s'accroissant jusqu'au moment de la mort où il sera généralisé et aura atteint la face.

Le malade a du ténesme vésical et expulse les urines rares, qui ne contiennent aucune *trace d'albumine*. — La quantité de ces urines fut d'autant moindre que l'œdème avait plus augmenté pendant un temps donné (4 à 500 grammes d'urine).

Les jours qui suivent ne présentent aucun changement manifeste dans l'état du cœur dont les bruits de frottement ont toujours une certaine rudesse qu'on peut assez bien rendre en prononçant ces lettres Krrr. — Du côté des organes respiratoires, au contraire, les phénomènes sont assez marqués; à gauche, la matité s'étend dans les 3/4 inférieurs du poumon. — Il y a absence d'élasticité au doigt et de vibrations thoraciques. — *L'auscultation* révèle de l'égophonie et du souffle, avec quelques râles sous-crépitaux au sommet du poumon. À droite on entend des râles bullaires dans toute la hauteur de la poitrine.

Cet état se prolonge jusqu'au 16 juin, jour de la mort, où seulement alors les bruits du cœur furent sourds. — Le malade est extrêmement oppressé, il est assis sur son lit, et répond aux questions d'une voix entrecoupée, mais il a conservé toute son intelligence. — Il meurt à 10 heures du soir.

La *température*, dans cette maladie, après une élévation assez forte au début, subit du 9 au 11 juin, c'est-à-dire à l'époque où l'on constate les frottements cardiaques, un abaissement considérable, et se maintient dès lors constamment à 37°, 5 c'est-à-dire un peu au-dessus du niveau physiologique sauf le dernier jour où la température remonte de 1 degré. — Le *pouls*, dont nous avons constaté la régularité, suit la marche de la température en restant presque constamment entre 80 et 90 pulsations; — sauf le dernier jour où il remonta brusquement à 110.

**RÉFLEXIONS.** Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est le peu de symptômes qui permettent sinon de faire le diagnostic, du moins d'établir le pronostic. La percussion révèle bien une matité plus étendue que normalement, et l'auscultation des frottements anormaux, mais la température reste basse, et l'état général excellent; le pouls ne présente aucune modification réelle d'amplitude, de fréquence ou de



forme, aussi rien ne permettait de supposer une aussi grave lésion et une terminaison fatale. — Quant à l'œdème, les urines ayant été examinées et ayant été trouvées saines, il faut rattacher sa présence au mécanisme de l'œdème tel qu'on le trouve dans les maladies organiques du cœur.

Quant à la mort, elle a eu lieu évidemment par asphyxie, la dyspnée est allée en s'accroissant jusqu'au moment de la mort qu'on ne peut attribuer à une syncope, et la conservation de l'intelligence jusqu'au dernier moment ne permet pas de supposer à la mort un mécanisme cérébral.

Quant à l'asphyxie elle-même, peut-être pourrait-on admettre qu'elle a été produite par une hémorrhagie brusque des fausses membranes péricardiques, ce qui permettrait d'expliquer à la fois la rapidité de la mort, et le fait que les phénomènes stéthoscopiques ne manifestèrent que le dernier jour l'existence d'un épanchement, dont l'abondance nous échappa du reste en partie. — Quant à l'existence simultanée d'une endocardite qui est improbable, nous ne l'avons pas recherchée encore pour laisser la pièce dans l'état où elle est, et que la *Société anatomique* en fasse la vérification.

M. JOFFROY considère la péricardite dans ce cas comme un phénomène de propagation due à l'extension de la phlegmasie pleuro-pulmonaire.

M. TROISIER demande sur quel fondement s'appuie cette interprétation. Dans le cas actuel, il est vrai, le péricarde pariétal est plus injecté que le péricarde viscéral, surtout vers sa portion antérieure; mais la plèvre ne présente aucune adhérence avec le péricarde, elle est peu vascularisée et rien n'indique la propagation de la phlegmasie. D'ailleurs la prédominance des lésions inflammatoires sur le feuillet fibreux du péricarde est la règle dans tous les cas de péricardite, qu'elle soit spontanée ou propagée.

M. JOFFROY. J'ai vu la malade qui fait l'objet de cette communication, et d'après la marche de l'affection, la péricardite me semblait très-nettement secondaire à la pleuro pneumonie. J'ai observé autrefois dans le service de M. Charcot deux cas semblables, dans lesquels l'inflammation du péricarde avait été consécutive à celle de la plèvre. Dans ces faits, comme dans l'observation actuelle, le développement de la phlegmasie de la séreuse péricardique avait été accompagné d'un notable abaissement de la température : c'est là un phénomène intéressant, sur lequel M. Charcot a eu soin d'attirer l'attention.

M. CHARCOT. Cet abaissement de la température dans le cours

d'une pneumonie, n'est pas spécial à la péricardite intercurrente : on le rencontre également dans certains cas de péritonite. Ce phénomène a de la valeur surtout dans les maladies des vieillards, où la péricardite est encore plus latente et plus insidieuse que chez les adultes.

M. CARVILLE. Comme M. Troisier, je ne crois pas qu'on puisse être autorisé à regarder la péricardite dans ce cas comme développée par propagation. Il me paraît plus rationnel de supposer que la même influence générale qui a donné lieu à la pleuro-pneumonie a provoqué quelques jours plus tard l'écllosion de la péricardite.

**19. Kyste de la région ano-coccygienne;** par M. A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux.

M. DESPRÉS met sous les yeux des membres de la Société une tumeur, du volume d'une grosse noix, qu'il a eu l'occasion d'enlever à une malade de son service. Cette enfant, âgée de 13 ans, portait cette tumeur depuis fort longtemps. Sa mère ne pouvait pourtant affirmer qu'elle fût congénitale. La grosseur siégeait en arrière de l'anus, dans la région coccygienne, exactement sur la ligne médiane; elle était adhérente à la peau, mais sans adhérences avec les parties profondes. Cette dernière particularité permettait d'écarter tout d'abord l'hypothèse d'un ancien spina bifida, le diagnostic se trouvait circonscrit entre un kyste sébacé et un kyste dermoïde. — La tumeur fut enlevée sans aucune difficulté.

L'examen de la pièce montre qu'il ne s'agit pas d'un kyste dermo-pileux. Elle est constituée par une poche à parois solides, mais le contenu est exclusivement composé de cellules épidermiques stratifiées en lames minces, un peu analogues par leur éclat à du blanc de baleine. Ce n'est donc pas de la matière sébacée pure et simple, et il est possible que cette tumeur soit formée par une inclusion de la peau de cette région, survenue pendant la vie intra-utérine. En effet, chez tous les enfants il existe une petite dépression froncée, à deux ou trois millimètres en arrière de l'anus; ici, cette dépression manque. L'examen de la pièce a été pratiqué par M. Troisier et par moi.

M. TROISIER. La détermination exacte de la tumeur ne peut être faite que par l'étude de la poche kystique. Si la paroi du kyste est constituée par de la peau contenant des papilles et des glandes, c'est bien une inclusion congénitale : si au con-

traire c'est du tissu conjonctif, il est plus probable que c'est un kyste sébacé ordinaire, dans lequel les cellules épithéliales en vieillissant ont pris des caractères spéciaux et se sont mêlées à de la cholestérine, d'où résulte l'éclat gras du contenu de la tumeur.

L'examen histologique de cette tumeur, pratiqué, après durcissement, quelques jours après, montre les détails suivants, (note de M. TROISIER) : La paroi présente la structure de l'épiderme. On y trouve la couche de Malpighi et des couches superposées de cellules cornées. La partie profonde de la couche de Malpighi est sinueuse et repose sur du tissu conjonctif, dans lequel on ne trouve ni papilles proprement dites, ni glandes, ni poils. En raison du contenu exclusivement épidermique, on peut admettre qu'il s'agit ici d'un *kyste dermoïde*, bien que la paroi ne représente pas la structure de la peau dans tous ses détails.

**29, Paraplégie incomplète; Scarlatine; albuminurie; Symptômes d'anémie; — à l'autopsie: hydrocéphalie ventriculaire, adénome cérébral, tumeur du ventricule latéral; Ependymite granuleuse chronique; par E. DEMANGE, interne des hôpitaux.**

C..., âgé de 8 ans, entre le 12 mai à la salle Saint-Jean, n° 33 (service de M. LABRIC). Cet enfant est grand et bien constitué; jamais il n'a eu de convulsions; au dire de sa mère, il a eu, il y a cinq ans, une congestion cérébrale; pas de fièvres éruptives. Depuis quelques jours, sans que cet enfant ait été malade, ses parents se sont aperçus un matin en le levant qu'il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes; la marche est impossible; l'enfant ne s'est plaint d'aucune douleur lombaire ou dans les membres; il n'a pas eu de fièvre.

À son entrée, on constate, en effet, une paraplégie incomplète : lorsque l'enfant est couché, il fait encore mouvoir ses jambes sur le lit, mais il ne peut les redresser complètement; il y a une perte très-notable de la force musculaire, pas d'atrophie musculaire apparente; pas de déformation articulaire. Placé debout, l'enfant ne peut se tenir sur ses jambes; elles fléchissent sous son poids; lorsqu'il cherche à faire un mouvement, il n'y a aucun désordre ataxique; il y a une inertie musculaire presque complète. La sensibilité est intacte; il n'y a ni retard de la sensation, ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Les membres inférieurs sont intacts. Il n'existe aucun trouble à la face, ni hémip légie, ni strabisme. L'enfant n'a pas

en parlant, mais il boit très-bien; il n'y a pas de paralysie du voile du palais. Il n'a pas eu d'angine, point important à élucider, car on pouvait songer à une paralysie diphthérique.

Le lendemain, on s'aperçoit que l'enfant fait ses besoins et urine involontairement. L'urine, examinée, ne renferme ni sucre ni albumine.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal. Le pouls est régulier; pas de fièvre. (Application de ventouses sèches le long de la colonne vertébrale pendant plusieurs jours; aucun changement ne se manifeste.)

24 juin. — Eruption de scarlatine (elle règne alors dans les salles). L'éruption suit son cours habituel; l'angine est peu marquée. Le 28, l'éruption est éteinte; la langue se dépouille.

Les jours suivants, la convalescence marche régulièrement; la fièvre a disparu; l'enfant reprend appétit; aucunes complications; les urines sont normales. La paralysie est restée stationnaire.

10 juin. — Légère bouffissure de la face et des paupières; l'albumine apparaît le lendemain dans l'urine. — Le 12, anasarque; l'urine est fortement ammoniacale. (Diurétiques.) Le 14, strabisme léger le matin; vomissements après la visite; le soir, convulsions généralisées; elles existent aussi dans les membres inférieurs et sont un peu plus fortes à droite. (Ventouses scarifiées.)

15 juin. — Immobilité des pupilles; nystagmus; les yeux sont convulsés en haut, la tête tournée à gauche, contracture du cou et de la nuque. Diarrhée. — Le 16, les convulsions se répètent; la rotation de la tête se fait en sens inverse. — Le soir, coma (saignée); mort dans la matinée du 17.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — Les *poumons* sont fort congestionnés, surtout à la base; hydrothorax, cœur normal. — *Reins* congestionnés très-fortement; à la coupe, ils sont injectés, violacés; la substance corticale paraît grasseuse en quelques points. Le foie, la rate sont sains. — *Intestin* très-vascularisé; les glandes sont tuméfiées; pas d'ulcérations; quelques plaques ardoisées ecchymotiques dans la muqueuse du gros intestin.

*Encéphale*. — Après avoir enlevé la boîte crânienne et incisé la dure-mère, le cerveau fait hernie; les circonvolutions sont tassées, aplaties, comprimées; la pie-mère est normale; on ne trouve pas de granulations tuberculeuses. A la base, l'arachnoïde est soulevée par un épanchement considérable qui distend toutes les cavités des confluent en avant et en arrière du chiasma. A la surface, on sent de la fluctuation dans les deux hémisphères. En effet, à la coupe du centre ovale et

en ouvrant les ventricules latéraux, on reconnaît qu'ils sont distendus par une quantité énorme de liquide limpide, transparent, ne renfermant aucun débris floconneux. Les cornes des ventricules ont disparu par le déplissement de la cavité ventriculaire, qui a la forme d'un ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur. Les parois des ventricules latéraux ne sont pas ramollies ni diffuses en aucun point; la voûte, le septum sont parfaitement conservés; la membrane ventriculaire est intacte sur toute son étendue, seulement sur la portion qui revêt les corps opto-striés, dans chaque ventricule elle est épaissie et renferme dans son épaisseur une masse de petites granulations, dont la plus grosse a le volume d'une petite tête d'épingle; elles sont transparentes, cristallines, s'écrasant facilement sous la pression; plusieurs paraissent pédiculées et appendues après la membrane épendymaire par un petit prolongement; elles forment ainsi, par leur confluence, une large plaque qui recouvre les portions ventriculaires des corps opto-striés; à la périphérie, les granulations deviennent moins confluentes, et enfin sur les parois, à chaque distance, on en trouve qui sont complètement isolées. Dans le troisième ventricule, elles sont peu nombreuses, et dans le quatrième ventricule elles en tapissent tout le plancher; — là, elles sont un peu plus grosses et très-transparentes, et se limitent à toute l'étendue du volume de la substance grise. Enfin, dans la corne postérieure du ventricule latéral gauche, on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, pédiculée, attachée à la membrane ventriculaire par plusieurs prolongements, et faisant corps avec l'extrémité du plexus choroïde; cette tumeur est formée par un noyau central dur, autour duquel sont implantés une foule de prolongements chevelus, granuleux.

*Moelle.* — Elle est très-congestionnée dans toute l'étendue et surtout au niveau du renflement lombaire.

L'examen à l'état frais des petites granulations des ventricules fait découvrir au microscope des cellules embryonnaires grasses et des vaisseaux capillaires assez nombreux.

*L'examen histologique,* fait au laboratoire du Collège de France par M. DEBOVE, a démontré que les petites tumeurs de l'épendyme étaient développées dans son épaisseur; elles sont constituées par une simple hyperplasie de la couche profonde de l'épendyme; elles sont très-analogues à celles que M. Magnan a décrites dans la paralysie générale; quant à la tumeur du ventricule latéral, elle est produite par un enroulement du plexus choroïde et n'a par conséquent aucun rapport pathologique avec les granulations perlées de l'épendyme.

En résumé, l'autopsie nous démontre que nous avons eu affaire à une hydrocéphalie chronique, développée dans un crâne dont les fontanelles et les sutures étaient fermées; les symptômes qui ont précédé la mort ont simulé l'urémie, vers laquelle l'attention était naturellement appelée par l'albuminurie et la scarlatine intercurrente. Les granulations perlées de l'épendyme, décrites par Virchow sous le nom de papillome sont le résultat de l'inflammation chronique de la membrane ventriculaire.

**M. MAGNAN.** Ces petites granulations cristallines et papilliformes ne sont pas spécifiques de telle ou telle variété de tumeur : elles se rencontrent plus ou moins développées, dans toutes les maladies chroniques du cerveau, et traduisent une des apparences de l'irritation chronique de l'épendyme. Elles se voient assez fréquemment dans la paralysie générale et dans la méningite tuberculeuse.

**M. CHOUPPE.** J'ai observé l'an dernier dans le service de M. Bourdon un cas en tous points comparable à celui-ci. Là, également, il y avait une tumeur complètement libre, en rapport avec les plexus choroïdes du 4<sup>e</sup> ventricule, et s'étant accompagnée de petites granulations épendymaires transparentes. L'affection avait duré fort longtemps et avait donné lieu à des accidents multiples.

**M. RENDU.** Je crois que cette tumeur peut rentrer dans la catégorie de celles qui ont été récemment étudiées en Angleterre, et qui ont pour point de départ les plexus choroïdes.

Quelques observations assez analogues à celles de M. Demange ont été publiées dans différents journaux par Moxon (1) Garrod (2) et Lawrence (3); en Allemagne Virchow (4), Zenker (5) et Recklinghausen (6), ont également signalé cette variété de tumeur. Anatomiquement, ce sont en général des papillomes susceptibles de subir partiellement ou en totalité la dégénérescence myxomateuse : constamment elles déterminent une hydropisie ventriculaire considérable. Cliniquement, elles se caractérisent par les symptômes variés de la plupart des tumeurs cérébrales, mais spécialement par la

(1) Moxon. — *The Lancet*, mars 1873.

(2) Garrod. — *Id.*, mars 1873.

(3) Lawrence. — *Edinburgh, med. journ.* 21 mars 1874.

(4) Virchow. — *Tumeurs*, vol. I, p. 181.

(5) Zenker. — *Allgem. Zeitschr. für psychiatrie*, t. 28, 1871.

(6) Recklinghausen. — *Arch. Virchow*, vol. XXX, p. 64.

fréquence des vomissements qu'elles provoquent et des troubles oculaires qui en sont la conséquence. Dans plusieurs observations, on trouve également signalée la glycosurie. Mais ce qui donne à ces tumeurs une physionomie spéciale, c'est la lenteur extrême de leur développement : on a vu parfois les accidents persister pendant plusieurs années.

Un de nos collègues, M. Verron, prépare en ce moment un travail sur cette variété de tumeurs, dont il a pu rassembler une vingtaine de cas.

**21. Nécrose du cartilage thyroïde. — Œdème de la glotte ; abcès ayant fuyé sur l'œsophage ; par M. GUYARD, interne,**

Le nommé Louis T..., âgé de 78 ans, ancien militaire, entra à l'Hôtel-Dieu (service de M. Alphonse GUÉRIN), le 2 juin 1874. Cet homme, encore vigoureusement constitué, n'a jamais eu de maladie grave. On ne trouve dans ses antécédents aucun accident strumeux, ni syphilitique. — Pas de rhumatisme. — L'affection qui l'amène à l'hôpital, remonte, dit-il, à 4 ou 5 mois seulement : à cette époque, sa voix devint enrouée. L'enrouement s'accompagna bientôt de malaise, de gêne dans le larynx, surtout du côté droit. Il n'y avait alors ni toux, ni oppression. — Peu à peu l'altération de la voix augmenta et il survint de la gêne de la respiration. Le malade avait la sensation d'un corps étranger obstruant, au niveau du cou. Le passage de l'air. Il y a 6 semaines, l'expectoration qui jusque alors avait été peu abondante et constituée seulement par des mucosités blanchâtres, aérées, devint purulente et très-considérable.

L'état du malade s'aggrava de jour en jour ; la respiration devint de plus en plus difficile. Enfin, il y a 15 jours, il fut pris d'un véritable accès de suffocation qui dura une demi-heure environ. — Depuis ce jour, la dyspnée a été continuelle et poussée jusqu'à l'orthopnée, de nouveaux accès de suffocation ont reparu irrégulièrement, tantôt la nuit, tantôt la journée.

**2 Juin.** Nous notons les symptômes suivants : Dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, inspiration bruyante et difficile, véritable cornage, expiration facile. — Voix considérablement enrouée, presque aphone. — Expectoration abondante d'un liquide muco-purulent, mêlé de quelques stries de sang, et exhalant une odeur fétide. Le malade accuse une gêne considérable au niveau du cou. A la palpation, on constate une induration notable des parties situées au devant du larynx.

La cavité buccale ne présente rien d'anormal ; la paroi pos-

térieure du pharynx est d'un rouge vif très-intense. L'index introduit dans le fond du pharynx sent un épaississement, un gonflement considérable du repli aryéno-épiglottique du côté droit.

L'examen au laryngoscope, très-difficile dans ce cas, permet de constater une rougeur intense de toute la portion sus-glottique du larynx. De plus, la corde vocale supérieure droite et ses cartilages aryénoïdes paraissent très-gonflés; la corde vocale inférieure droite ne peut être aperçue. La fente glottique est considérablement rétrécie; et c'est à peine si la largeur de la glotte en arrière atteint un millimètre et demi.

L'ingestion des aliments solides est possible, mais augmente la gêne de la respiration, et provoque de la douleur au niveau du larynx. Les boissons sont facilement ingérées et ne déterminent aucun accident. — Inappétence. — L'examen du cœur et des poumons ne nous donne que des résultats négatifs. Notons encore, pour compléter l'histoire de ce malade, l'existence sur les deux membres inférieurs de plaques squameuses, nacrées, caractéristiques d'un psoriasis ancien et que le malade dit avoir depuis plus de 20 ans. — On constate en outre, l'existence d'une pseudarthrose de la clavicule droite, consécutive à une fracture du 1/3 externe de cet os. La fracture, que le malade s'était faite à l'âge de 12 ans, n'avait point été traitée. — *Traitement.* Le 3 juin; iodure de potassium, 2 gr.; frictions mercurielles sous les deux aisselles.

Dans la nuit du 3 au 4, accès de suffocation ayant duré une heure environ; le 5, expectoration purulente, un peu striée de sang, extrêmement abondante. Traitement: iodure de potassium, 3 gr. — Le 6 et le 7 juin, la dyspnée persiste encore. L'inspiration est toujours bruyante, le malade perd de ses forces. — Le 8 au matin, nous trouvons le malade plus abattu que les jours précédents; la respiration n'est cependant pas plus gênée. — A 5 heures du soir, un nouvel accès de suffocation survient. La trachéotomie est pratiquée vers 5 h. et demie, mais l'asphyxie était trop avancée et l'opération ne put ramener le malade à la vie.

AUTOPSIE faite 38 heures après la mort. — En incisant les parties molles situées au devant du larynx, on constate une légère infiltration séreuse de ces parties. — La base de la langue, le pharynx et l'épiglotte ont une coloration rouge vif.

Le larynx détaché avec la partie supérieure de l'œsophage présente dans sa moitié droite la lésion suivante: en l'examinant dans sa partie postérieure, on voit à droite une vaste cavité, communiquant dans sa partie supérieure avec l'œsophage; cette cavité contient un débris noirâtre, extrêmement fétide.



la cavité, se trouve le plateau du cartilage thyroïdien, en grande partie, et dont le bord postérieur a complètement disparu. Les deux faces du plateau sont entièrement dénudées. — L'orifice de communication de cette cavité avec l'œsophage mesure environ un centimètre de diamètre. — Du côté de la glotte, la mortification s'étend jusqu'à la muqueuse laryngée qui est refoulée et rapprochée de la paroi opposée. La fente glottique est considérablement rétrécie, et le ventricule droit du larynx effacé. Les deux cartilages aryténoïdes sont épaissis, et la muqueuse qui les recouvre est oedématisée. Les replis aryténo-épiglottiques, glosso-épiglottiques droits sont indurés et forment de véritables bourrelets.

Après avoir incisé le larynx sur la partie postérieure, on constate que la cavité formée autour du cartilage thyroïde dénudé communique avec la cavité laryngienne par 2 orifices très-étroits, l'un immédiatement situé au-dessus de la corde vocale supérieure droite, l'autre immédiatement au-dessous dans le ventricule. Pas trace d'ulcération à la surface de la muqueuse laryngée et trachéale. Rien de particulier dans les bronches.

Les *poumons* ne présentent qu'une congestion légère à leur base. Emphysème au sommet du poumon droit. — *Cœur* sain. Ses quatre cavités sont remplies de caillots noirs et diffluent. — Les *reins* et le *foie* sont fortement congestionnés. La *rate* est peu volumineuse friable.

La pseudarthrose de la clavicule droite est remarquable par l'épaisseur et la laxité de la capsule réunissant les deux fragments.

M. COYNE demande s'il existait de l'œdème et de l'induration du cou à la partie antérieure et latérale du larynx. Il fait remarquer en effet que ces abcès suivent en général la gouttière thyro-aryténoïdienne, puis de là gagnent le muscle sterno-thyroïdien et le bord supérieur du corps thyroïde, où ils se trouvent presque sous-cutanés et donnent lieu à de l'œdème inflammatoire de la région.

**22. Grossesse extra-utérine tubaire. — Hématocèle pelvienne;**  
par M. MARTIN, interne des hôpitaux.

La nommée Louise G..., âgée de 29 ans, a toujours été réglée normalement, à partir de l'âge de 15 ans. A 21 ans, elle aurait eu la syphilis. Jamais elle n'a eu d'hémoptysie ni métrorrhagies jusqu'en avril 1873, époque à laquelle elle aurait fait une fausse couche de trois mois environ, suivie d'une perte durant environ deux mois. Ces pertes s'arrêtent, la

femme reste 6 mois sans avoir de règles. En décembre, la perte se reproduit trois fois dans l'espace d'un mois environ, on constate déjà à cette époque la présence d'une tumeur dans l'abdomen.

Nouvelle interruption des règles pendant 2 mois, suivie de douleurs dans le ventre et de pertes abondantes d'eau et de sang noir, sueurs froides. En avril des pertes abondantes d'une eau roussâtre à peu près inodore.

Entrée dans le service de M. Sée dans la salle *Sainte-Anne* elle y reste un mois environ, puis entre dans le service de M. Bernutz le 31 mai. — Depuis 10 jours elle ne perd plus, mais ressent encore des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. — Ces douleurs persistent depuis plus de deux mois.

*État actuel.* — Teinte jaunâtre, muqueuses un peu décolorées. La malade se croit enceinte. — *Cœur* : souffle à la base, doux, anémique, — bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

*Par la palpation*, on constate la présence dans l'abdomen d'une tumeur volumineuse allant du pubis presque jusqu'à l'ombilic, à droite, elle fait une saillie considérable; elle est dure au toucher; à gauche, un noyau du volume d'un œuf fait saillie sur le reste de la tumeur, la tumeur est peu douloureuse au palper.

*Toucher.* Culs-de-sac libres, le col utérin est un peu remonté, il est entr'ouvert, dévié à gauche; l'utérus est très-petit mobile, on a beaucoup de peine à soulever le col. — Le toucher, combiné à la palpation, permet de reconnaître que la tumeur est soulevée en même temps que le col et fait corps avec lui.

Les ganglions inguinatix sont engorgés, non douloureux, disposés en chapelet. — Quelques élançements dans les côtés et dans les jambes, pas de vives douleurs, pas de perte depuis le 20 mai. — Les reins ne sont pas augmentés de volume, le mamelon est brun, mais on n'observe pas de développement exagéré des tubercules de Montgomery.

Même état jusqu'au 7 mai, la malade mange et dort bien, n'a pas de fièvre, pas de perte. — Le 7, jeudi, à 9 heures du matin, la malade est prise subitement de vives douleurs dans l'abdomen du côté droit, bientôt les douleurs augmentent, arrachent des cris à la malade, elles sont accompagnées de nausées et de vomissements bilieux. La malade ne peut supporter le poids des couvertures, et se tord dans le lit; un quart d'heure après, lipothymie, syncope, sueurs froides, pouls petit, imperceptible, extrémités refroidies. On couvre la poitrine de sinapismes, on donne de l'acide acétique à respirer et on fait appliquer de la glace sur le ventre. Au bout d'une heure,

le pouls est un peu relevé, le malade se plaint d'une douleur excessive au niveau de la fosse iliaque droite un peu au-dessous de l'ombilic.

Le soir du 7 juin et les jours suivants le pouls reprend un peu de consistance, le ballonnement et les douleurs de ventre sont modérés, mais l'agitation est excessive et les vomissements incoercibles. *A partir du 10 juin, délire surtout la nuit; hoquets et persistance des vomissements.*

*14 juin.* — Agonie, pouls imperceptible, mains froides, respiration suspirieuse, perte de connaissance, battements cardiaques réguliers. La malade meurt à une heure de l'après-midi.

**AUTOPSIE.** — 26 heures après la mort pratiquée avec le concours de M. COYNE, aide de clinique à la Charité. A l'ouverture de la cavité abdominale on aperçoit tous les viscères recouverts d'une couche de sang noirâtre en partie coagulé et en partie liquide. Dans le petit bassin, en avant de la vessie, on trouve une quantité considérable de sang liquide noirâtre.

Traces de péritonite peu marquée sur les anses intestinales, adhérant entre elles par des fausses membranes résistantes; ces anses intestinales sont peu distendues. — A droite, en soulevant les anses intestinales, on remarque un espace limité en haut par le rein droit, en dehors par la paroi abdominale, en dedans par le mésentère et la colonne vertébrale; c'est dans cet espace en partie rempli par des caillots noirâtres que l'on remarque un fœtus du sexe féminin dont la tête regarde en haut et en dedans et les pieds en bas. Ce fœtus présente une longueur de 23 cent., le cordon est grêle et long de 36 cent., il est sinueux et contournant les anses intestinales, vient aboutir à une masse volumineuse arrondie, présentant un diamètre de 10 centimètres que l'on remarque dans la fosse iliaque droite.

Après avoir enlevé les nombreux caillots qui recouvrent la tumeur, on remarque qu'il en existe à gauche et en arrière qui présentent une couleur grisâtre et une disposition stratifiée. La tumeur est accolée à la partie postéro-supérieure droite de l'utérus et dépasse à gauche la ligne médiane recouvrant en arrière plus de la moitié du corps utérin. Cette tumeur présente une enveloppe de consistance fibreuse assez épaisse et déchirée à sa partie supérieure dans une étendue de 50 centimètres par laquelle elle donne passage au cordon et à des caillots sanguins. — Après avoir incisé cette poche sur la paroi postérieure, on tombe sur une masse placentaire recouverte de caillots remplissant tout son intérieur.

Le *vagin* renferme un peu de sang dans son intérieur. Par

le toucher, pratiqué *post mortem*, on trouve le cul-de-sac antérieur effacé, le col regarde en arrière et est placé un peu à gauche. — Les culs-de-sac latéraux et postérieur sont libres.

On incise le vagin sur sa paroi antérieure et l'on trouve le col entr'ouvert et ramolli dans une étendue de 12 mm. — Col et corps sont reportés en masse du côté gauche de la ligne médiane. A 10 mm. de l'orifice inférieur du col se remarque un bouchon gélatineux peu volumineux remontant à peine jusqu'à l'orifice cervical interne. Ce bouchon paraît obturer incomplètement le col. La longueur de l'utérus est de plus de 10 cent. y compris l'épaisseur de ses parois, la cavité du corps présente 6 cent.  $1\frac{1}{2}$  de longueur. — Les parois du corps de l'utérus sont épaisses de 5 cent. sur sa face antérieure y compris la muqueuse qui mesure près de 1 cent. Toute la cavité du corps est tapissée par une caduque qui est très-complète et descend jusqu'à l'orifice supérieur du col, elle présente une consistance assez molle, une épaisseur considérable et une couleur rosée ; à la jonction de la caduque avec la musculéuse existe une zone rougeâtre indiquant une vascularisation considérable à ce niveau.

*Petit corps* fibreux du volume d'une noisette sous-péritonéal et situé sur la paroi postérieure de l'utérus.

*La trompe* du côté droit contourne la tumeur placentaire et coiffe sa partie supérieure, puis postérieure où elle s'épanouit. Par le pavillon incisé sur la face supérieure de la tumeur, on pénètre avec un stylet dans la cavité de la trompe, mais l'on est arrêté à deux centimètres de l'*ostium uterinum*.

Après avoir détaché la caduque au niveau du fond de la cavité utérine, on tente, mais en vain, de pénétrer avec un stylet fin dans l'intérieur de la trompe. A la partie antéro-interne de la tumeur appliquée contre la paroi postérieure de l'utérus on remarque, après avoir enlevé les adhérences, unissant intimement les deux organes, une portion de la paroi de la tumeur plus blanche, plus résistante que le reste, du diamètre d'une grosse amande et reliée par un ligament au bord supérieur droit de l'utérus. Il est assez facile de l'isoler du reste des parois de la tumeur qui sont amincies et comme frangées à ce niveau. L'incision de cette portion de la paroi démontre qu'elle est constituée par l'ovaire aplati par la tumeur placentaire.

Les parois de la tumeur, examinées à l'œil nu et isolées des couches de fibrine qui les revêtent à l'extérieur et à l'intérieur, présentent un certain nombre de fibres réunies en faisceaux qui partent de l'orifice de la trompe et se divisent en rayonnant. Au microscope on trouve ces parois constituées par du

tissu conjonctif et contenant dans leur épaisseur des fibres musculaires lisses, faciles à reconnaître et assez nombreuses.

*Les vaisseaux utéro-ovariens*; très-augmentés de volume, contournent la partie antérieure de la trompe et viennent aboutir à l'ovaire, en sillonnant la paroi antérieure de la tumeur.

En incisant la tumeur de haut en bas, on voit qu'elle est formée à la superficie de couches lamelleuses concentriques, d'un aspect blanchâtre et au centre d'un tissu grenu, de couleur rougeâtre et de consistance placentaire. — L'examen microscopique des couches externes montre qu'elles sont constituées par des mailles de fibrine contenant quelques leucocytes dans leur intérieur.

Le cordon va se terminer à la partie postérieure et inférieure de la tumeur, sur le côté droit; il se continue en ce point avec les membranes qui enveloppent le placenta (placenta en raquette.)

Du côté gauche, les annexes de l'utérus sont pelotonnées et adhèrent entre elles à la face postérieure de l'utérus par des adhérences fibreuses. Le cul-de-sac postérieur est en partie comblé par des brides et des adhérences anciennes. La trompe se reploie contre la face postérieure de l'utérus avant d'aller gagner l'ovaire qui adhère à la partie latérale du corps utérin et est légèrement dévié en bas.

M. COYNE fait remarquer que dans l'intérieur de l'abdomen il existe des caillots d'âges différents, les plus récents entourent immédiatement le fœtus, ce qui suppose que l'hémorrhagie s'est faite en plusieurs temps et à quelques jours d'intervalle.

M. PINARD demande quel a été le point de départ de l'hémorrhagie. D'après la pièce, il lui semble que la rupture de la trompe et des vaisseaux tubo-ovariens a dû être l'origine de l'hématocèle.

M. MARTIN. Sans pouvoir être absolument affirmatif, je crois que l'épanchement sanguin est dû au décollement du placenta. Le sang est, en effet, accumulé à la face externe des cotylédons placentaires et les vaisseaux de la trompe, autant qu'on a pu les examiner, ont paru sains.

**23. Tuberculose des organes génito-urinaires. — Granulations tuberculeuses de la muqueuse vésicale;** par M. VOISIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Germont Sébastien, âgé de 59 ans, opticien, entra le 19 juillet 1873, à la Charité, salle Saint-Félix n° 11 (service Soc. ANAT.

de M. Pinoux) pour une hémoptysie. Cet homme toussait depuis dix-huit mois à peu près et avait perdu une grande partie de ses forces. Au mois de décembre 1873, il eut une orchite double et quand M. Woillez, au mois de janvier, prit le service de M. Bidoux, ce malade présentait encore son orchite. Trois mois après le début de cette complication, c'est-à-dire vers la fin de mars cet homme se mit à uriner du sang et du pus. Cet état persista jusqu'à aujourd'hui. La quantité de sang et de pus ne fut jamais considérable ; les urines sont seulement légèrement teintées en rouge et la matière purulente ne dépasse pas 3 centimètres en hauteur dans un verre à expérience ordinaire.

Maintenant si nous nous informons des antécédents pathologiques de cet homme, voici ce que nous apprenons : A l'âge de 27 ans, il eut une première pneumonie et à 33 ans une seconde. Dans sa jeunesse et son adolescence il se porta toujours très-bien ; il en fut de même après chaque pneumonie. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses parents.

Son hygiène laisse beaucoup à désirer : mauvaise nourriture, — veilles prolongées, — excès alcooliques fréquents et comme conséquence de ces excès, pituite le matin à jeun, rêves effrayants la nuit et léger tremblement des mains.

10 mai. — *Etat actuel.* Homme d'une taille moyenne, d'un teint pâle et blafard, mais non jaune paille et d'une maigreur excessive. La peau est rude au toucher et comme écaillée. Elle est toujours très-sèche ; ce malade n'a de sueurs localisées qu'au devant de la poitrine et au front. Pas d'œdème autour des malléoles.

Sur les deux jambes et les deux cuisses nous remarquons des varices très-développées qui d'après le malade auraient toujours existé. Sur les membres supérieurs les veines sont très-apparentes mais non variqueuses. Sur la face inférieure de la langue, depuis sa base jusqu'à sa pointe, de chaque côté de la ligne médiane et un peu en dehors des racines, nous voyons tous les rameaux de ses veines ranines présenter de petites ampoules les unes grosses comme une petite lentille, les autres comme une tête d'épingle ordinaire (jamais de stomatorrhagie). Le pharynx et la muqueuse de la joue ne présentent pas de varices semblables. La luette est un peu grosse et œdématiée.

Appétit presque nul. Vomissements tantôt glaireux, tantôt alimentaires presque tous les jours depuis son entrée à l'hôpital. Ces vomissements arrivent 2 ou 3 heures après le repas et sont provoqués par la toux. La région épigastrique ne présente aucune tumeur. Elle est souple et n'est aucunement distendue. Pas de douleur à la pression ; pas de douleur dans

le dos. L'introduction des aliments ne produit non plus aucune sensation pénible. Renvois acides assez fréquents. Le ventre est souple, non ballonné, cependant constipation ordinaire. L'hypochondre droit est un peu douloureux à la pression. Le foie mesure 12 centimètres. — La rate n'est pas grosse non plus.

Douleur à la région lombaire gauche, douleur spontanée et provoquée par la pression. Du côté droit la douleur est presque nulle. Cette douleur spontanée existe depuis que le malade eut son orchite. Mais au moment de l'inflammation de ses organes génitaux ce malade avait des douleurs réflexes très-pénibles dans la cuisse suivant le trajet du sciatique et du crural. En ce moment elles n'existent plus, cependant elles se font sentir parfois. Les testicules sont gros, durs et présentent des bosselures au niveau de l'épididyme.

La quantité d'urine rendue dans les 24 heures est variable ; tantôt il y a 1 litre, tantôt 1,500 grammes. Au microscope, on trouve des globules de sang et de pus et des cellules épithéliales de la vessie, mais jamais il ne nous a été donné de trouver des tubes urinaires. La chaleur et l'acide nitrique donnent un nuage, mais pas de caillot. La quantité de sang est peu considérable ; les urines ont une couleur acajou foncé et le sang est intimement mêlé à l'urine ; cependant le malade affirme avoir rendu quelquefois du sang presque pur. La quantité de pus ne dépasse pas 3 centimètres en hauteur dans un verre à expérience ordinaire.

Du côté de la poitrine voici ce que nous trouvons : En avant sous les clavicules, résistance au doigt et submatité. Craquements humides des deux côtés et expiration soufflante. Retentissement de la voix. Quelques râles de bronchite dans le reste de l'étendue du poumon.

En arrière aux deux sommets : matité surtout à droite. Gargouillement et souffle à droite. A gauche, craquements humides seulement, pas de souffle ; crachats purulents peu abondants. Le malade affirme que depuis qu'il rend du pus par les urines, il expectore moins. Les sueurs aussi sont moins abondantes. Elles restent localisées au front et au devant de la poitrine. — Puls à 80. Souffle anémique à la base du cœur au premier temps et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. — Rien à noter du côté de l'intelligence et des sens spéciaux. — *Traitement* : Julep diacode ; vin de quinquina, 1 degré ; Bordeaux.

11 mai. Même état du côté des poumons. — 600 grammes d'urine rendus dans les 24 heures ; moins de pus et de sang qu'à l'habitude. Hémorrhoides fluentes.

13 mai. Le flux hémorrhoidal persiste. Toujours faiblesse

très-grande. Le malade ne se lève pas. Les urines sont toujours sanglantes et purulentes. Même quantité.

20 mai. Le malade se trouve aujourd'hui plus oppressé. Il tousse davantage. Mêmes signes stéthoscopiques aux sommets mêlés de râles ronflants et sibilants. Ces râles ronflants et sibilants sont répandus dans toute la poitrine et mêlés de râles sous-crépitaunts surtout aux deux bases. Le pouls est très-faible et très-petit. 104 pulsations. Anorexie complète. Vomissements presque tous les jours après la toux malgré les badiageonnages au bromure de potassium. Pas d'œdème des membres inférieurs. Urines, 500 gr. Ventouses sèches. Julep diacodé. Potion cordiale. Bordeaux. Potage.

22 mai. L'état général va toujours en s'aggravant. Le malade ne prend plus rien et vomit le peu de tisane ou de potion qu'il prend. Les urines ne contiennent pas de sang, mais encore un peu de pus.

23 mai. Mort.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. — *Poumons*. Adhérences anciennes et très-résistantes des deux poumons. Les deux sommets sont très-indurés. A la coupe, on trouve une caverne pouvant contenir un œuf de pigeon à droite. A gauche petites cavernules. Dans le lobe moyen des deux côtés, on remarque aussi de petites cavernules. Aux deux bases, congestion assez marquée avec quelques granulations grises transparentes. Ces granulations s'observent aussi dans les autres lobes, mais elles sont en très-petit nombre. Les ganglions bronchiques sont œdémateux et présentent également de fines granulations tuberculeuses.

*Cœur*. Le ventricule gauche est un peu hypertrophié. Sa valvule mitrale est épaissie, mais pas d'insuffisance, ni de rétrécissement. Athérome de l'aorte. Rien aux valvules sigmoïdes. Les varices de la langue ne sont plus apparentes.

L'œsophage coupé dans toute sa longueur ne présente pas de varicosités. La muqueuse de l'estomac est très-injectée. Pas d'ulcérations ni de granulations. Le foie est gras. Aucune trace de tubercules. La rate est un peu grosse et molle. Elle se déchire facilement. Les reins ont un volume normal. La substance corticale a une teinte jaunâtre qui tranche sur la substance médullaire qui est assez fortement congestionnée. La décortication ne se fait pas bien. Adhérences partielles de la capsule avec la substance corticale qui se déchire en ces endroits. Pas de tubercules. Rien du côté des uretères et des bassinets.

La vessie est revenue sur elle-même. Sa capacité est considérablement diminuée. Elle renfermerait à peine un gros œuf de poule. Ses parois sont très-épaissies. Sa muqueuse est par-



semée de petites granulations grisâtres, les unes transparentes les autres jaunâtres, reposant sur un fond rosé. Ces granulations ont tout à fait le même aspect des granulations grises, transparentes tuberculeuses que nous avons trouvées dans les poudrons. Les veines de cette muqueuse sont très-dilatées et très-apparences surtout autour de la prostate. Celle-ci est très-volumineuse et a tous ses lobes également développés. Son volume égale celui d'un petit œuf de poule. A l'incision, on trouve un tissu, dur, limitant des vacuoles remplies de pus ou de tubercules créacés. Une de ces vacuoles communiquait avec le canal de l'urètre. Les deux *testicules* ainsi que les canaux déférents étaient également tuberculeux. Le *cerveau* et la *moelle* n'ont pas été examinés.

**23. Athérome généralisé, surtout prononcé sur l'aorte et l'artère pulmonaire; par M. VOISIN.**

Cette seconde pièce a été trouvée sur une femme de 80 ans, arrivée avec tous les symptômes d'une affection cardiaque à la dernière période. On entendait à l'auscultation un souffle systolique assez fort à la pointe, mais qui à la base avait une intensité excessive, et couvrait les deux temps du cœur.

La malade allait succomber à sa cachexie lorsqu'elle fut emportée par une hémorrhagie intestinale intercurrente.

A l'autopsie, on trouva une crétification presque complète de l'aorte, avec dilatation de cette artère et rétrécissement aortique consécutif. Les valvules du cœur étaient indurées, mais suffisantes. L'artère pulmonaire présentait de nombreuses plaques d'athérome.

Cette lésion existait également dans presque toutes les autres artères : ainsi on la rencontra dans la mésentérique, bien que le point de départ de l'hémorrhagie intestinale soit resté ignoré. Mais la malade avait un foie cirrhosé et congestionné, ce qui a pu entrer en ligne de compte comme influence sur les accidents hémorrhagiques.

**24. Fistule bronchique ; par M. RAYNAUD, médecin des hôpitaux.**

M. DEBOVE présente au nom de M. Raynaud, un beau spécimen de fistule pleuro-bronchique et pleuro-cutanée consécutive à une ancienne pleurésie purulente.

**25. Elections.**

La société, après un vote, nomme membre honoraire M. MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne.

*Séance du 26 juin 1874.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**26. Vaginite. — Arthrite blennorrhagique suppurée du genou et de la hanche gauches, infection purulente. — Mort. — Inversion des organes thoraciques et abdominaux constatée pendant la vie; par M. LORET, interne.**

La nommée Eugénie Pichat, 22 ans, domestique, forte constitution, entre à l'hôpital Lariboisière, le 6 mars 1874, (service de M. MILLARD), salle Sainte-Joséphine n° 7. Depuis quinze jours, environ, la malade est affectée d'une vaginite qui vient de se compliquer d'une arthrite aiguë du genou gauche. L'articulation malade est gonflée, tendue, douloureuse, sans changement de coloration de la peau. Application sans résultat d'une gouttière et de deux vésicatoires. L'articulation de la hanche ne tarde pas à se prendre et, malgré tous les soins médicaux et chirurgicaux, les deux articulations suppurent. La malade meurt d'infection purulente. (21 mai 1864).

Dans les derniers jours de sa maladie, elle avait été prise d'une dyspnée très-pénible, symptomatique de l'envahissement des poumons par les abcès métastatiques. C'est en auscultant la malade, pour reconnaître les accidents et pour vérifier l'état de la plèvre et du cœur que nous fûmes amenés à découvrir l'inversion des organes thoraciques et abdominaux que l'autopsie a confirmée.

**AUTOPSIE. — 1° Cavité thoracique.** Le *poumon* droit et le *poumon* gauche ont un volume égal, mais n'ont chacun que deux lobes de même dimension. Le lobe supérieur gauche présente cette particularité qu'il reçoit deux divisions de la bronche gauche. Le *cœur* a sa pointe tournée à droite; il est placé à la face interne excavée du poumon droit et repose sur le centre aponévrotique du diaphragme également déplacé à droite. L'*aorte* émerge de la base du cœur sans présenter d'anomalie; mais la crosse aortique passe à droite de la trachée, se met à cheval sur la bronche droite, en même temps que la grande veine azygos, et tandis que le tronc brachio-céphalique fournit la carotide primitive et la sous-clavière gauches, les artères carotide primitive et sous-clavière droites naissent isolément sur la crosse aortique et gagnent séparément leurs régions respectives. L'*aorte* thoracique se place à droite de la colonne vertébrale, légèrement déviée à gauche, et poursuit son trajet parallèlement à la grande veine azygos située en arrière d'elle et du même côté.

L'*œsophage* n'a subi aucun changement de direction; il est à sa place ordinaire, derrière la bronche gauche, toutefois, au niveau du diaphragme il est placé avec les nerfs pneumo-gastriques à gauche de l'aorte au lieu d'être situé en avant.

2° *Cavité abdominale*. Du côté de l'abdomen l'interversion des organes, quoique moins complète, n'est pas moins intéressante. Le gros lobe du foie est dans l'hypochondre gauche, tandis que le petit lobe, dont le développement est relativement considérable, est dans l'hypochondre droit. — A sa face inférieure, on trouve la vésicule biliaire à gauche du lobe de Spiegel, tandis que le cordon de la veine ombilicale est situé à droite. — L'hiatus de Winslow est déplacé; il est situé, il est vrai, dans un plan *antéro-postérieur*, mais fortement dévié à gauche; à cause de la position à gauche occupée par la veine cave inférieure.

L'*estomac* n'a subi aucun changement de position, mais une modification profonde dans sa forme. L'orifice œsophagien est à gauche et l'orifice pylorique à droite. Toutefois la petite tubérosité fait défaut. A son niveau l'estomac a pris un développement considérable et il semblerait que l'absence du gros lobe du foie dans l'hypochondre droit a contribué à faire perdre à l'estomac la forme d'une cornemuse pour lui donner celle d'une poche, presque quadrilatère, et aussi développée à droite qu'à gauche. Le *duodénum* occupe sa place ordinaire.

La *rate* est restée dans l'hypochondre gauche, placée au-dessous du gros lobe du foie et retenue à la grosse tubérosité de l'estomac par les vaisseaux courts et l'épiploon gastro-splénique. — Cette rate présente un défaut de développement notable. — Son état embryonnaire persiste, elle se compose de neuf petites rates ou plutôt de neuf lobes dont le plus petit mesure le volume d'une noisette tandis que le plus gros ne dépasse pas celui d'une noix.

L'*intestin grêle* a subi dans son ensemble un changement de direction complet. Le mésentère est oblique de haut en bas et de droite à gauche, et les dernières anses de l'iléon viennent se terminer dans la fosse iliaque gauche pour se réunir au cœcum situé à ce niveau. Le *cœcum* est muni de son appendice iléo-cœcal. Le *colon ascendant* se dirige de bas en haut et de gauche à droite et; le *colon transverse* faisant défaut, il se réunit à angle aigu au *colon descendant* qui aboutit à la fosse iliaque droite. — Les *reins* présentent un volume normal, mais ils se touchent par leur extrémité inférieure et leur ensemble forme ainsi un fer à cheval à concavité supérieure.

L'*aorte* abdominale, continuant le changement de direction de l'aorte thoracique, est placée à droite de la colonne vertébrale et de la *veine cave* inférieure.

L'interversion de ces deux grands vaisseaux de l'abdomen entraîne de nombreuses modifications dans la position, la longueur, la direction des vaisseaux qu'ils fournissent ou qu'ils reçoivent. C'est ainsi, par exemple, que la veine rénale droite est plus grande que la veine rénale gauche, et que les artères rénales présentent la disposition contraire. — De plus les veines rénales au lieu d'être situées en avant de l'aorte sont situées en arrière. La même observation s'applique aux vaisseaux iliaques.

Telle est, dans son ensemble, l'interversion des organes thoraciques et abdominaux que nous avons eue à observer. Elle nous a paru intéressante à plus d'un titre ; d'abord c'est un fait assez rare et toujours curieux à étudier ; de plus, l'interversion d'organes que présentait notre malade offrait plusieurs particularités notables : 1° Les poumons n'ayant chacun que deux lobes ; 2° L'estomac dans sa position normale. — La rate restée à gauche, divisée en neuf lobules sous le gros lobe du foie. — L'absence complète du colon transverse, constitue les points particuliers qui la caractérisent et la différencient des cas d'interversion générale d'organes signalés jusqu'à présent.

M. LEGROUX demande si l'examen des canaux biliaires et de la veine porte a été fait : en raison du déplacement du foie et de l'absence du déplacement du duodénum, ces conduits devaient avoir une longueur considérable. — M. LOREY répond que cet examen a été omis.

**27. Corps fibreux de l'utérus et polype utérin. — Métrorrhagies abondantes. — Métro-péritonite aiguë ;** par M. LOREY, interne.

La nommée Mathurine R..., 34 ans, fleuriste, forte et de bonne constitution, entre le 15 mai, à l'hôpital Lariboisière, (service de M. MILLARD), salle Sainte-Joséphine, n° 11.

Cette femme n'a jamais été malade, — a eu un enfant à 19 ans. — Depuis dix mois environ, ses règles ont été plus abondantes que de coutume et surtout plus douloureuses et d'une durée plus longue. — Il y a six mois, elle eut une perte qui persista pendant quinze jours environ et qui la retint au lit quelque temps. Depuis cette époque, elle a eu quatre pertes nouvelles. — Depuis longtemps elle rend chaque jour une quantité de sang très-notable. La malade est très-faible. — Elle est dans le décubitus dorsal, pâle, amaigrée ; les yeux, entourés d'un cercle bleuâtre, — la figure est amaigrie, — les traits tirés. — La dernière perte remonte à quatre jours. Le

pouls est petit, filiforme, — c'est le pouls de l'anémie : P. 96. T. 38°.6. Le ventre est ballonné, douloureux, surtout à sa partie inférieure. — A ce niveau, on sent, à la palpation, une tumeur arrondie, occupant la ligne médiane et qu'on reconnaît, après examen, pour le fond de l'utérus très-développé, — constipation opiniâtre depuis six mois, mais depuis deux jours, un peu de diarrhée, noirâtre et fétide. — Miction douloureuse et difficile, — quelques vomissements, depuis hier.

Le toucher vaginal permet de constater l'état libre des culs-de-sac. — Le col a un volume considérable, — il fait corps avec le corps de l'utérus. — Le corps de l'utérus et le col ne se distinguent pas. — Le col est dur, résistant, immobile comme le reste de l'utérus, son orifice est petit et ne laisse pas pénétrer l'extrémité du doigt. Tout en admettant l'existence probable de corps fibreux de l'utérus, on diagnostique une métrite chronique avec poussée aiguë de métrô-péritonite.

17 *Mai*. Un vomissement pendant la nuit. — Ventre gonflé, tendu, plus douloureux, langue blanche très-chargée, — bouche mauvaise. Soif vive, — pas de diarrhée. — Le vésicatoire a été bien supporté. — Matin : P. 88 ; T. 37°. — Soir : P. 100 ; T. 38°, 2.

18 *Mai*. Vomissements alimentaires pendant toute la journée d'hier et pendant la nuit. Ventre ballonné, très-tendu, surtout douloureux à droite. — Langue sèche. — Soif vive, — un peu de hoquet, — pas de vomissements depuis le matin. Pas de diarrhée, la métrorrhagie a cessé complètement. — Matin : P. 88 ; T. 36°, 4. — Soir : P. 104 ; T. 38°, 2. — Vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite. — Glace. — Julep avec 0,10 centigr. d'extract gommeux d'opium.

19 *Mai*. Les vomissements persistent, — ventre toujours très-dur, — pas de garde-robe, — même situation, la malade est très-faible. — *Matin* : P. 92 ; — T. 37°, 2. — *Soir* : P. 100, T. 37°, 6. — Julep avec quarante grammes de cognac ; glace ; julep avec 0,20 centigr. d'extract thébaïque, pour le soir.

20 *Mai*. Pouls petit, filiforme, difficile à compter à 92. Langue un peu plus humide. — Ventre très-tendu et douloureux ; hoquet ; nausées, — vomissements porracés, — pas de selles depuis 4 jours.

21 *Mai*. Ni hoquet, — ni nausées, — ni vomissements, — ni selles (depuis cinq jours). Langue collante, recouverte d'un enduit jaunâtre, épais, — ventre gonflé, — toujours très-douloureux, surtout à gauche. — Pouls petit, régulier, filiforme. 92. — Température 36°. 3° Vésicatoire ; potion opiacée (0,05 centigr.) Lavement avec 10 gouttes de laudanum.

22, 23, 24 *Mai*. — Même situation. — La température se maintient au-dessous de 37°. — La malade est très-faible.

25. *Mai*. — La malade souffre beaucoup, — mais plus de hoquet, — plus de vomissements ni de diarrhée, — pas de difficulté respiratoire. — Langue humide et moins chargée. — Pouls, 92.

26 *Mai*. — Malade affaiblie et très-déprimée. — Pouls filiforme 84 ou 88, vomissements porracés mais peu abondants, — diarrhée, langue sèche, rétrécie et fendillée; le ventre est déprimé depuis hier, et les anses intestinales dilatées font saillie sous la paroi abdominale. 1/4 Lavement avec 10 gouttes laudanum; gelée de viande; glace; Potion avec 40 gr. de cognac.

27 *Mai*. — Pouls petit, filiforme, difficile à apprécier. — Le ventre s'affaisse de plus en plus et tend à s'excaver, — deux vomissements verdâtres, — diarrhée abondante.

1<sup>er</sup> *Juin*. Même situation depuis cinq jours: Pouls petit à 80 pulsations — Langue chargée d'un enduit épais, brunâtre, et très-séc. — Vomissements, diarrhée.

2 *Juin*. La situation semble un peu plus satisfaisante, — pas de vomissements, mais les autres symptômes persistent. — Pouls 100. — Température 36°, 8.

3, 4, 5, 6, 7 *Juin*. La situation s'aggrave progressivement, — alors aux symptômes déjà signalés s'ajoutent une maigreur extrême, une altération de la voix qui devient très-faible et à peine distincte. — et l'apparition du muguet.

8 *Juin*. La malade est morte dans la nuit.

**AUTOPSIE.** — La paroi abdominale est déprimée et, après sa division, on la trouve complètement adhérente aux anses intestinales avoisinantes et au grand épiploon. Les tentatives faites pour la décoller amenant l'ouverture d'un premier foyer purulent dont le contenu assez abondant s'échappe à l'extérieur. Ce foyer est situé au voisinage de l'ombilic. — A mesure qu'on décolle la paroi de l'abdomen, on met à nu un certain nombre de foyers semblables, séparés entre eux par les anses intestinales agglutinées et rougeâtres. Vers la région du petit bassin, ces foyers sont plus nombreux, et ils deviennent si près les uns des autres que les ligaments larges et l'utérus sont absolument baignés par le pus.

L'utérus a un développement considérable, il mesure avec le col 17 centimètres de hauteur et 11 de largeur. Il est doublé de la séreuse péritonéale, très-épaissie, présentant 3 à 4 millimètres de largeur — et entre l'utérus et le péritoine on rencontre une quantité notable d'abcès, comprenant un pus bien lié, et abondant surtout aux abords des angles de l'utérus. Les parois utérines sont hypertrophiées, — et une coupe verticale fait découvrir dans le parenchyme utérin un corps fibreux de la grosseur d'une noix, séparé du tissu.

utérin par des fibres lamineuses assez lâches, et se laissant facilement énucléer. — La cavité de l'utérus est occupée par le pédicule d'un polype fibreux qui a franchi l'orifice interne du col et qui est venu se développer dans la cavité même de ce dernier. Celui-ci est dilaté, distendu par le corps du polype. La cavité s'est distendue dans le sens de la largeur, et offre un diamètre de 9 centimètres. — Le corps du polype, mamelonné en forme de choux-fleurs, — aplati d'avant en arrière, occupe toute cette cavité sans que l'orifice du col ait été dilaté, et par son pédicule, il adhère à la partie la plus supérieure de la paroi postérieure de l'utérus. — Ce polype est entouré par la muqueuse utérine refoulée, et présentant des vaisseaux très-nombreux surtout en arrière du pédicule du polype.

Le corps et le *polype fibreux* se laissent diviser très-difficilement par le bistouri. Leur coupe est nette, lisse, blanchâtre, dure au toucher, en donnant la sensation d'un cartilage très-dur, mais *un peu élastique*. — Les deux trompes sont remplies de pus et fort dilatées. — Rien dans le thorax qu'une pleurésie sèche, probablement ancienne.

RÉFLEXIONS. — En somme, nous avons affaire à une péritonite aiguë, consécutive à une métrite aiguë, conséquence du développement du corps et du polype fibreux que nous avons trouvés à l'autopsie. Ce fait est intéressant, car ce sont en général, les corps fibreux sous-péritonéaux qui déterminent les accidents qui ont amené la mort de cette malade, et ici, ils font absolument défaut. *A son arrivée à l'hôpital*, la malade s'est plaint d'avoir subi le toucher vaginal un certain nombre de fois et elle attribuait à cette circonstance l'aggravation de son mal. Nous admettons que le toucher vaginal, dans de telles conditions, eût été très-douloureux pour la malade; mais nous ne pouvons croire qu'il ait entraîné une aggravation de la métrite-péritonite; s'il en était autrement, ce que nous ne pensons pas, cette observation pourrait être ajoutée à celles que Le Teinturier a publiées dans sa thèse inaugurale, sur les dangers des opérations pratiquées sur le col de l'utérus.

M. DUPUY. Je demanderai à M. le présentateur dans quel état se trouvaient les annexes de l'utérus, et particulièrement les trompes. Il n'est pas rare de voir une exploration vaginale, même faite avec ménagement, devenir l'occasion d'une inflammation du péritoine, parce qu'il existe une affection des trompes ou de l'ovaire, jusque-là demeurée latente. C'est, je crois, ce qui a pu avoir lieu dans ce cas, attendu que l'examen de la pièce montre des trompes remplies de pus.

**28. Diathèse gouteuse; dégénérescence kystique des reins, gravelle; mort à la suite d'une épistaxis; par M. LOREY, interne.**

Thierry Désiré, comptable, 52 ans, entre le 19 juin 1874, à l'hôpital Lariboisière, (service de M. MILLARD), Salle Saint-Vincent n° 17. Ce malade est tourmenté par la goutte depuis une dizaine d'années. Il revient du Sénégal où il a contracté sa maladie et une syphilis grave. — Il est pâle, amaigri, abattu, et répond assez mal aux questions qu'on lui adresse. Les petites articulations des mains et des pieds sont gonflées. L'articulation métatarso-phalangienne du pouce du pied droit s'est prise la première, et, fait remarquable, toutes les grandes articulations participent à l'affection gouteuse. Le genou droit est le siège d'une véritable hydropisie qui distend et met en relief les culs-de-sac de la synoviale; tandis que le genou gauche sec, amaigri, fait entendre sous la main, au moindre mouvement, des craquements très-accusés, imitant le bruit du cuir neuf. — Le malade peut à peine marcher. Il se plaint surtout des douleurs vives et lancinantes qu'il éprouve dans le genou droit.

Les doigts des mains sont déformés, déviés en masse en dehors: ils forment avec les métacarpiens un angle assez accusé. — L'index, le médius et l'annulaire de la main gauche sont particulièrement atteints par la déformation.

Le malade n'a jamais eu de colique néphrétique. — Rien de notable du côté des organes respiratoires. Les bruits du cœur sont mal frappés, pouls petit, filiforme, régulier, à 84. — Le malade se plaint de ne pas pouvoir respirer par le nez, l'examen le plus minutieux ne fait découvrir aucun obstacle à la respiration par les voies nasales. — Les urines sont assez abondantes, et contiennent une notable quantité d'albumine. — Aucun tophus, soit au niveau des oreilles, soit au niveau du nez.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris, pendant la nuit du 22 au 23 juin, d'une épistaxis abondante. Il meurt le 23 au matin, sans accidents comateux, sans délire, sans convulsions épileptiformes, mais ayant conservé, au contraire, toute sa lucidité d'esprit.

**AUTOPSIE.** — Les articulations, grandes et petites, présentent les lésions caractéristiques de la goutte. Leur cartilage usé, érodé est recouvert d'une couche épaisse, dure et blanchâtre d'urate de soude et de chaux. Les articulations tarso-tarsiennes, carpo-carpiennes, métatarso-phalangiennes, etc., etc., sont ankylosées, soudées les unes aux autres, et ne for-



ment plus qu'une seule masse immobile. — L'articulation de la première et de la 2<sup>e</sup> phalanges du médius de la main gauche est ankylosée totalement. — Celle de l'annulaire présente une ankylose incomplète et les lésions typiques de l'ostéite chronique.

Celle de l'index, du même côté, est envahie par un abcès qui l'entoure de tous côtés et qui est formé par un pus saigneux, couleur chocolat, tacheté de blanc, c'est comme une bouillie faite de sang et de craie.

Toutes les grandes articulations présentent des dépôts notables d'urates de chaux et de soude, ceux qu'on trouve dans le genou droit sont très-remarquables aussi bien à la surface des condyles, qu'au niveau des cavités glénoïdes du tibia et de la face postérieure de la rotule. — Le cartilage des condyles est ramolli, usé en certains points, et, à ce niveau, la plaque d'urate de chaux se confond avec le tissu osseux enflammé.

Le *poumon* ne présente rien de notable. — Le cœur a des parois peu épaisses, flasques et dégénérées. — L'aorte à son origine présente de vastes plaques de dégénérescence calcaire. — Dans l'*abdomen*, quelques vestiges de péritonite chronique au niveau du foie et de la rate. — Le *foie* a son volume normal, il est décoloré et tend vers la dégénérescence graisseuse. — La *rate* présente, à sa surface, un assez grand nombre de petits noyaux cartilagineux qui témoignent de la péritonite chronique du voisinage.

Les *reins* ont absolument changé de forme, ils ont quintuplé de volume, et ont subi la dégénérescence kystique. C'est un assemblage et une réunion de petits kystes, d'inégal volume, transparents, contenant un liquide tantôt jaune clair, tantôt jaune foncé, mais toujours épais; les reins ont l'aspect du frai de grenouille. A la coupe, on constate que le parenchyme rénal a complètement disparu. — Il n'y a plus trace de substance corticale, ni de substance médullaire. — C'est une série de vacuoles, à parois opaques, et contenant dans leur épaisseur, une foule de petits graviers.

Notre malade avait à la fois la *goutte* et la *gravelle*.

Dans les bassinets on trouve des calculs d'inégal volume, grisâtres. — Le plus gros a le volume d'une noisette et l'analyse au chalumeau permet de constater qu'ils sont composés d'*urate d'ammoniaque*. Rien dans les uretères. — Rien dans la vessie.

**RÉFLEXIONS.** — Cette autopsie nous montre donc réunies sur un même individu la gravelle et la diathèse goutteuse. — Les reins ont subi la dégénérescence kystique et malgré la modification de tissu qu'ils ont subi ils filtraient encore l'urine, mais celle-ci contenait de l'albumine.

De plus, la diathèse goutteuse n'a pas seulement attaqué les petites articulations du pied et de la main. Elle s'est emparée aussi des grandes articulations du genoux, des épaules, des coudes, des poignets. — Les surfaces articulaires étaient recouvertes de plaques remarquables d'urate de chaux et de soude, et ce fait pathologique, associé à ceux que nous avons signalés, donne, croyons-nous, quelque intérêt à notre observation.

**29. Mort rapide par thrombose cardiaque survenue chez une femme atteinte de rhumatisme articulaire aigu; par M. MARTIN (de Genève), interne des hôpitaux.**

Une femme de 27 ans entre le 31 juin 1874 à la Charité, salle Saint-Joseph, (service de M. BERNUTZ). — Elle n'a aucun antécédent héréditaire et dans ses antécédents personnels on ne trouve rien à noter, si ce n'est une affection aiguë de la poitrine (probablement une pleurésie). La menstruation se fait régulièrement depuis l'âge de 17 ans. A 24 ans, cette femme eut un accouchement normal. Cette malade paraît forte et présente un certain degré d'embonpoint.

Voici comment a débuté la maladie actuelle : Il y a douze jours, la malade, bien portante jusque-là, fut prise de palpitations assez violentes. En même temps, elle ressentit de la fièvre caractérisée par des frissons, des sueurs et des nausées. Le lendemain elle ressentit des douleurs dans la jambe gauche à l'articulation tibio-tarsienne d'abord, puis au genou. Les deux bras se prirent en même temps et les douleurs articulaires occupèrent rapidement les coudes, les poignets, puis les épaules. En dernier lieu, la jambe droite fut atteinte. Les petites articulations des mains et des pieds furent également envahies.

**11 Juin, soir.** Douleurs généralisées, sueurs abondantes, face abattue et pâle, pouls à 120, respiration fréquente. — Pilule d'opium de cinq centigrammes et ouate laudanisée sur les articulations malades.

**12, matin.** — Les douleurs ont un peu diminué, sauf dans les articulations scapulo-humérales. L'examen du cœur révèle l'existence d'une péricardite, caractérisée par un bruit de frottement s'étendant à toute la région précordiale, mais surtout manifeste vers le bord gauche du sternum. Les battements cardiaques sont un peu sourds, mais réguliers. Le pouls est à 112. Il n'y a aucune complication pulmonaire. — On prescrit un gramme de sulfate de quinine.

**Soir.** — La malade se plaint de douleurs vives au niveau des épaules. Il y a des sueurs profuses, et l'on remarque une

éruption très-abondante de sudamina sur la partie supérieure du tronc, les épaules et le cou. — Le pouls est à 104, il est régulier. Il n'y a pas de dyspnée, et l'on ne remarque aucune aggravation dans l'état général de la malade. — On prescrit une pilule d'opium de cinq centigrammes.

A huit heures du soir, la malade déclare souffrir un peu moins. Elle est calme et repose tranquillement dans le décubitus dorsal. Peu après, elle dort paisiblement. C'est dans ces conditions que, vers une heure du matin, et sans que rien ait pu faire soupçonner l'explosion d'accidents aussi graves, la malade fut prise tout à coup d'une dyspnée des plus violentes et d'une anxiété extrême. La malade s'agite, s'assied sur son lit et fait de grands efforts pour respirer. Cette apparition de symptômes graves eut lieu presque subitement, et pendant les heures suivantes les accidents ont conservé une intensité presque aussi grande.

Vers cinq heures du matin, la dyspnée et l'angoisse de la malade sont extrêmes. Le visage est d'une pâleur frappante, ainsi que le tronc et les membres, mais en même temps les lèvres sont cyanosées et les extrémités refroidies ont une teinte bleuâtre. La respiration est irrégulière et entrecoupée.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : A la percussion, on trouve une sonorité parfaite et même quelque peu exagérée. A l'auscultation, on entend le murmure vésiculaire sans aucune modification notable. — Les battements du cœur sont sourds, très-affaiblis et assez lents ; ils sont réguliers. On ne perçoit plus qu'à peine le frottement péricardique. On n'entend pas de bruit de souffle. Le pouls est filiforme et presque imperceptible. On n'a pas constaté de pouls veineux, mais cet examen était rendu difficile par l'embonpoint de la malade. — Une saignée pratiquée à l'instant même ne donna que quelques gouttes de sang, il en fut de même de ventouses appliquées sur la paroi thoracique.

Les symptômes que nous venons de noter persistèrent à peu près tels jusqu'à huit heures du matin. Alors la mort survint tout d'un coup, sans qu'il y ait eu de délire.

AUTOPSIE faite par M. Fischer, externe du service. — Le *péricarde* contient une trentaine de grammes environ d'un liquide en partie coagulé. Les deux feuillets du péricarde sont agglutinés par des dépôts fibrineux présentant une surface très-irrégulière et s'étendant sur toute la séreuse. Mais indépendamment de ces fausses membranes fibrineuses, on voit au niveau de l'oreillette droite de véritables néo-membranes qui sont le siège d'ecchymoses légères peu étendues. La partie du muscle cardiaque sous-jacente à la séreuse présente une teinte feuille morte et une consistance molle.

Sur les valvules du cœur gauche, on trouve des altérations caractéristiques d'une endocardite récente. Sur la valvule mitrale, un peu au-dessus du bord libre existent une série de petites végétations jaunâtres reposant par place sur un fond un peu rougeâtre, sans que cependant à l'œil nu, on puisse distinguer des vaisseaux. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte on retrouve des lésions analogues principalement au pourtour et au niveau des tubercules d'Arantius, mais cependant ces lésions sont moins prononcées que sur le bord de la valvule mitrale. Pas plus pour la valvule mitrale que pour les valvules aortiques, ces petites végétations n'ont produit de modifications des orifices, on ne constate ni rétrécissement ni insuffisance. — Dans le ventricule gauche, on trouve un caillot mou, gélatineux, en partie cruorique, en partie décoloré. Il est peu volumineux et ne présente pas d'adhérences.

Dans l'oreillette droite, on trouve un caillot fibrineux blanc jaunâtre, assez dense, présentant une forme globuleuse et remplissant une partie notable de la cavité de l'oreillette. Ce caillot n'adhère pas à l'endocarde, sauf dans l'auricule qu'il remplit complètement. A ce niveau, on constate des adhérences faciles à rompre et en outre la densité du caillot y est un peu plus grande que dans l'oreillette. Ce caillot se prolonge dans le ventricule, en présentant un étranglement au niveau de la valvule tricuspide. Dans le ventricule, ce caillot a également une forme globuleuse et présente les mêmes caractères que dans l'oreillette, sauf cependant à sa partie inférieure où il présente une couche peu épaisse, formée par un caillot cruorique.

De l'oreillette part un prolongement blanchâtre dans la veine cave supérieure. Du ventricule part un autre prolongement dans l'artère pulmonaire. Voici quelques détails sur ce dernier prolongement. Dans le ventricule droit, le caillot remplit complètement l'infundibulum, puis pénètre dans l'artère pulmonaire. A ce niveau il présente les modifications suivantes : On constate d'abord un rétrécissement très-marqué correspondant à l'orifice de l'artère. Au-dessus de ce rétrécissement, on remarque trois saillies qui correspondent aux cavités en forme de nid de pigeon des valvules sigmoïdes. Enfin, plus haut, le caillot devient uniformément cylindrique et se continue jusque dans les branches principales de bifurcation de l'artère pulmonaire. Ce caillot est blanc-jaunâtre dans toute sa longueur et remplit en partie seulement la lumière du vaisseau. En résumé, ce caillot présente la plus grande consistance dans l'auricule, puis dans l'oreillette et la partie supérieure du ventricule.

Les *poumons* ne présentent aucune altération et loin d'être

congestionnés, ils renferment très-peu de sang. — Le *foie*, augmenté de volume, est le siège d'une congestion très-intense que l'on retrouve presque au même degré dans les reins. — On ne trouve aucune altération dans les centres nerveux. On note cependant un certain degré de congestion des méninges cérébrales.

M. JOFFROY. Il est toujours fort difficile de savoir si les caillots sont de date ancienne ou récente. Ici, la décoloration du caillot me fait penser qu'il s'est formé pendant la vie. M. Poulet a indiqué en 1866 un caractère qui se retrouve ici, c'est la netteté de l'impression des valvules sigmoïdes sur le prolongement du caillot qui pénètre dans l'artère pulmonaire.

M. CHARCOT. Ces impressions se voient sur un grand nombre de caillots agoniques, sans que pour cela on soit autorisé à les croire de date fort ancienne. Il est possible que le mécanisme suivant lequel la mort survient soit pour beaucoup dans la manière dont se forment les caillots. Ce caractère n'a donc pas la valeur que lui attribue M. Poulet.

M. MARTIN. M. Robinson, qui a étudié ce point de la question à l'occasion des coagulations intracardiaques que l'on rencontre chez les enfants morts du croup, est arrivé aux mêmes conclusions, et il a vu plusieurs fois les valvules sigmoïdes imprimées sur le caillot alors que les enfants n'étaient nullement morts de complications cardiaques.

M. CHARCOT. En dehors de certaines circonstances, il est jusqu'ici presque impossible d'assigner un âge aux caillots que l'on trouve après la mort : lorsqu'ils sont formés à la fois de globules et de fibrine déposés suivant le sens de la pesanteur, il est clair que ce sont des caillots *post mortem* ; mais en face d'une coagulation décolorée et purement fibrineuse, comme celle-ci, il est fort difficile de se prononcer ; car pour peu que l'agonie ait été longue, le sang a pu brasser la fibrine de façon à la séparer complètement des globules.

M. CARVILLE. Ne pourrait-on pas admettre que ce caillot fort ancien, comme semble l'indiquer sa parfaite homogénéité à pu flotter pendant longtemps dans le ventricule sans donner lieu à aucun accident jusqu'au jour où il est venu obstruer l'orifice tricuspide et pulmonaire ?

M. CHARCOT. Ceci ne me semble pas admissible, car le caillot n'est évidemment pas formé de couches d'âge différent. Le seul caractère qui prouve manifestement l'ancienneté d'un

caillot est la détérioration de la fibrine et la dégénérescence puriforme du centre du caillot, telle qu'on la rencontre fréquemment chez les phthisiques par exemple.

**30. Plaie du cœur; section de l'artère coronaire antérieure;**  
par M. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Retif Alfred, estampeur, 23 ans, né à Angoulême, est entré le 24 juin 1874 à l'hôpital Saint-Antoine (Service de M. Duplay, suppléé par M. DELENS). — A deux heures de l'après-midi, le jour de son entrée, étant, paraît-il, en état d'ivresse et à la suite de chagrins d'amour, il s'est donné dans la région du cœur deux coups de couteau. L'arme dont il s'est servi est un petit couteau de poche. On l'a aussitôt apporté à l'hôpital où il est arrivé les extrémités froides, le cœur battant faiblement et avec des bruits sourds, et dans un état d'anxiété très-grande. Il conserve toute sa connaissance et meurt vers trois heures et demie, moins de deux heures après l'accident.

AUTOPSIE faite le 26 juin, quarante-deux heures après la mort. — Des deux coups de couteau un seul a produit une plaie pénétrante de poitrine, dont l'orifice cutané, large d'un demi-centimètre est situé dans le 4<sup>e</sup> espace intercostal à 3 centimètres du bord gauche du sternum. Le bord supérieur de la 8<sup>e</sup> côte est creusé d'un sillon produit par la lame du couteau. A cette plaie des parois thoraciques correspond une très-petite plaie du péricarde entourée d'une ecchymose. Il n'y a rien à signaler du côté des plèvres et des poumons.

Le péricarde étant ouvert, on le trouve rempli à sa moitié inférieure, et au-devant de la pointe du cœur, d'un caillot cruorique, mou, gros comme la moitié du poing et se continuant par ses bords avec une sorte de membrane ténue et fenêtrée formée de fibrine, qui entoure tout le cœur comme un second sac péricardique, libre de toute adhérence. — Après avoir enlevé cet épanchement sanguin, on constate que le cœur est atteint à 2 ou 3 centimètres de sa pointe par une petite plaie horizontale, située exactement sur le sillon interventriculaire antérieur dont elle croise perpendiculairement la direction. L'artère et la veine coronaires antérieures sont totalement divisées. La plaie se dirige obliquement de gauche à droite dans la paroi du cœur et pénètre d'abord dans le ventricule droit près de son sommet, puis traverse la cloison interventriculaire et intéresse par conséquent aussi le ventricule gauche.

Le trajet ainsi creusé dans les parois du cœur admet tout juste une sonde cannelée de moyen calibre et est assez oblique pour qu'il soit probable que le sang épanché dans le péricarde

proviennent exclusivement de la blessure des vaisseaux coronaires largement divisés, et non pas de la plaie du cœur lui-même.

**31. Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale. — Rétention d'urine méconnue. — Ponction de la vessie. — Aucun accident consécutif du côté de l'appareil urinaire. — Quelques jours plus tard, phlébite utérine. — Mort ; par M. BUIX, interne des hôpitaux.**

Le 29 mai 1874, la nommée Claudine Ch..., âgée de 52 ans, était admise à l'hôpital. Habituellement bien portante, cette femme avait été réglée à 17 ans, s'était mariée à 33 et avait eu sept enfants, le dernier en octobre 1867. Depuis cette époque jusqu'en 1873 elle fut très-régulièrement menstruée pendant 5 ou 6 jours chaque mois. Jamais elle n'a perdu de sang dans l'intervalle de ses règles. Veuve depuis 1872; elle affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis 1871.

Au 1<sup>er</sup> mai 1873, ses règles, qui étaient apparues le mois précédent, ne revinrent pas ; il en fut de même en juin et juillet. Au 1<sup>er</sup> août survinrent des pertes excessivement abondantes qui persistèrent, quoique moins fortes à certains moments, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 1874. Elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, marchait et dormait bien. Son ventre était assez volumineux, mais elle n'y prêtait aucune attention. Très-affaiblie et craignant le retour de nouvelles hémorrhagies, elle demanda son admission à l'hôpital.

L'examen physique de cette malade donna les renseignements suivants : Le ventre était arrondi, plus volumineux que normalement. Au palper, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement globuleuse, arrondie, partant de la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était mate à la percussion ; la sonorité perçue au-dessus et sur les côtés indiquait que les intestins étaient refoulés. Cette tumeur était de plus liquide, car il existait une fluctuation très-évidente. Il n'y avait pas d'ascite. A l'auscultation, ni bruit de souffle, ni battements du cœur fœtal.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouvait une tumeur qui faisait saillie dans la cavité du vagin. Cette tumeur était arrondie, dure, rénitente, un peu irrégulière à la surface. Elle avait le volume d'une tête de fœtus arrivée au septième mois. Elle sortait à travers l'orifice du col utérin qui présentait une dilatation grande comme la paume de la main. Les lèvres du col formaient un cercle complet. Entre ces lèvres et la tumeur on pouvait faire pénétrer l'index, mais il était bientôt arrêté dans un cul-de-sac. Cette disposition, bien constatée

du côté gauche, existait dans tout le pourtour excepté dans un point à droite où le doigt pénétrant de trois centimètres et demi à quatre centimètres et demi n'était pas arrêté. Il y avait donc autour de la tumeur un fossé, une rigole presque complètement circulaire.

Cette tumeur était-elle solide ou liquide ? En combinant le palper abdominal et le toucher, lorsqu'on appuyait une main sur la tumeur liquide de l'abdomen, on sentait resoulée celle qui faisait saillie dans le vagin. En percutant le ventre, on crut apercevoir la sensation de flot transmise au doigt qui pratiquait le toucher, mais cette sensation était peu nette.

Il n'existait du reste aucun trouble de la défécation, la malade n'était pas constipée ; *aucun trouble de la miction*, elle urinait plusieurs fois par jour sans jamais éprouver de douleurs dans le ventre, ses urines étaient du reste limpides et ne contenaient pas d'albumine.

A quelle affection avait-on affaire ? Existait-il une tumeur liquide de l'abdomen ayant déprimé le fond de l'utérus et ayant déterminé une inversion de cet organe ? Existait-il plutôt une tumeur à la fois solide et liquide développée dans l'épaisseur de la paroi utérine ? Ou bien enfin n'y avait-il pas deux tumeurs superposées, une liquide, abdominale, et une solide, utérine ? Pour arriver au diagnostic complet, il fallait : 1° Pratiquer le cathétérisme utérin, ce qui était facile et nullement dangereux car la femme ne présentait aucun signe de grossesse ; 2° faire une ponction exploratrice pour voir quelle était la nature du liquide.

Le cathétérisme utérin fut fait. Dans le point où à droite le doigt n'était pas arrêté par la rigole circulaire, on fit pénétrer une sonde en gomme qui enfonça jusqu'à 14 ou 15 centimètres environ. La première supposition n'était donc plus admissible, il n'y avait pas inversion utérine.

Un médecin de l'hôpital, fort habile dans le diagnostic des affections utérines, ayant été appelé pour voir cette malade, pensa qu'il existait deux tumeurs, une tumeur solide qui était un corps fibreux de l'utérus, et une tumeur liquide superposée, probablement un kyste de l'ovaire. L'existence d'une seule tumeur liquide et à parois épaisses restait cependant admissible et la ponction exploratrice fut résolue. Mais dans la nuit du 3 mai au 1<sup>er</sup> juin, la malade commença à perdre du sang. L'écoulement persista le 1<sup>er</sup> juin jusqu'au 2 juin au matin. Comme il était très-abondant, on dut alors pratiquer le tamponnement en imbibant de perchlorure de fer. Les deux premières boulettes de charpie. L'hémorrhagie s'arrêta ; on enleva le tampon le lendemain soir 3 juin et il ne persista qu'un léger suintement pendant quelques jours.



Le 10 juin à 9 heures du matin, la malade étant tout à fait bien portante et ayant uriné assez abondamment une heure auparavant, on pratiqua la ponction avec le trocart capillaire de l'aspirateur Dieulafoy. On retira 1,120 grammes d'un liquide limpide, transparent, légèrement jaunâtre, ne contenant pas d'albumine. En pratiquant alors le toucher, on sentit la tumeur qui sortait à travers l'orifice du col utérin; elle était moins saillante, plus dépressible, en partie rentrée et ne paraissait cependant pas avoir été vidée.

La journée fut bonne, le repos absolu au lit fut prescrit. Le lendemain matin on constata que la tumeur abdominale s'était en partie reproduite; la tumeur utérine était de nouveau dure et très-saillante dans le vagin.

Le liquide qui avait été extrait, examiné au laboratoire de physiologie de la Faculté par M. Galippe, n'était autre que de l'urine. On avait donc ponctionné la vessie par erreur, il était du reste facile de s'en assurer: il suffisait de pratiquer le cathétérisme de la vessie, et comme la tumeur s'était reproduite au côté de l'abdomen, elle devait disparaître de nouveau. C'est ce qui fut fait le 11 à 6 h. 1½ du soir; bien que la malade eût uriné 1 h. 1½ auparavant, il sortit un litre de liquide, le ventre tomba et le corps fibreux qui faisait saillie à travers l'orifice du col s'affaissa. L'expérience fut du reste répétée le 12 juin.

L'état général de la malade continuait à être excellent lorsque le 14 à 6 heures du soir, quatre jours après la ponction, elle fut prise d'un frisson; une heure plus tard elle vomit et eut de la diarrhée toute la nuit. Elle crut à une simple indigestion. Le 15, elle eut de la fièvre, la langue était sale, un peu sèche, la peau était chaude, il n'existait de douleur bien nettement limitée en aucun point de l'abdomen.

16 *Juin*. La nuit a été mauvaise, la malade n'a pas dormi. La fièvre persiste pendant la journée. Comme il paraît exister une légère douleur du côté du rein droit on fait appliquer 4 ventouses scarifiées. Le soir à 6 heures, frisson violent, à 6 h. 1½ pouls 152. T. Vagin. 42°, 2. Les urines examinées sont normales, elles ne contiennent pas de sang, elles ne renferment pas de trace d'albumine.

17, matin. La fièvre est toujours vive: pouls, 116; T.V. 40°, 2; il n'y a pas de douleur bien nette dans le ventre ni dans la région lombaire, il existe un peu d'œdème des membres inférieurs. Malgré la fièvre, la malade dit ne pas souffrir, se sentir très-bien, et elle demande à se lever: le facies est altéré, la langue et les lèvres sont sèches.

*Soir*. Pouls 132; T.V. 41°. Il y a eu un nouveau frisson à 5 h. Depuis la veille la malade a expulsé 1 litre 1½ d'urine; elle a dû être sondée le matin et le soir.

18 juin, matin. Pouls 124 ; T.V. 40°.3. On avait d'abord pensé à une néphrite aiguë ou à une *phlébite* utérine. Les douleurs n'existant pas nettement du côté des reins, les urines conservant jusqu'alors leurs caractères normaux, et ne contenant ni sang, ni albumine, la seconde supposition reste seule probable, surtout en présence de l'état général de la malade qui croit se trouver bien et semble étonnée qu'on prenne tant de soins pour elle. — 18 Juin soir. Pouls 144 ; T.V. 41°.3.

19 juin, matin, Pouls 144 ; T.V. 41°. La malade succombe à 1 heure de l'après-midi.

AUTOPSIE faite le 20 juin à 4 heures du soir, 27 heures après la mort. L'appareil *généto-urinaire* fut enlevé complètement, les reins étaient gras, nullement enflammés. Les *urètres* n'étaient point comprimés à leur entrée dans la vessie. La vessie elle-même n'était le siège d'aucune altération. Les parois étaient seulement relâchées par suite de leur distension habituelle : on ne retrouvait sur la face interne aucune trace de la ponction. — A la face externe on constatait l'existence d'un petit caillot bien limité dans le tissu cellulaire au point où le trocart capillaire avait pénétré.

Du côté de l'*utérus*, il existait une tumeur fibreuse faisant saillie dans le col et développée aux dépens de la partie inférieure du corps. Un conduit long de 8 à 10 centimètres était situé sur la partie latérale droite de cette tumeur et menait dans la cavité utérine proprement dite qui était placée au-dessus. En incisant le tissu utérin à droite et un peu en arrière on trouva du pus dans une des *veines*, la pression en fit *sourdre* 4 ou 5 gouttes. Les annexes étaient saines, les ligaments larges, les trompes, les ovaires n'étaient le siège d'aucune altération : une vésicule de Graaf, était en pleine voie de développement sur l'ovaire droit. Il n'y avait pas trace de périlonite. Les veines *utéro-ovariennes*, et la veine cave inférieure n'étaient le siège d'aucunes lésions.

La *rate* était normale, un peu ramollie. Le *foie* était gras en quelques endroits on trouva des taches blanchâtres, petites, arrondies. — Dans la cage thoracique, le *péricarde* et le *cœur* étaient sains ; les *plèvres* ne renfermaient aucun liquide ; les *poumons* étaient normaux, il n'y avait qu'un peu de congestion à la base et en arrière.

RÉFLEXIONS. — En résumé, l'existence d'un corps fibreux avait amené chez cette femme une rétention d'urine qui fut méconnue, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune douleur, la miction paraissant régulière et normale, les urines elles-mêmes n'étant point altérées. — L'existence de la tumeur liquide formée par la vessie, tumeur dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée, avait rendu le diagnostic difficile.

— La ponction de la vessie faite avec le trocart capillaire de l'appareil Dieulafoy et l'aspiration n'avaient été suivies d'aucune inflammation de l'appareil urinaire. — La malade avait succombé rapidement avec des accidents de *phlébite* utérine : le toucher vaginal, pratiqué très-fréquemment, n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie.

**32. Névralgie trifaciale droite.** — Abolition du goût sur la moitié droite de la langue, perte de la vue et de l'odorat du même côté. — A l'autopsie : Carcinome de la dure-mère compriment le ganglion de Gasser ; par M. FIOURN, interne des hôpitaux.

Le 9 février 1874, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin (bis) n° 30, (service de M. SIRENBY), le nommé B. Edouard, âgé de 32 ans, journalier.

Cet homme se plaint de douleurs très-vives dans tout le côté droit de la tête, douleurs survenant par accès et dont il fait remonter le début vers la fin de l'année 1870.

Aucun antécédent héréditaire digne d'être noté si ce n'est que le père, âgé de 72 ans, éprouve actuellement des douleurs très-aiguës dans l'œil droit. Le malade nous raconte que dès sa plus tendre enfance jusqu'à l'âge de 19 ans, il a éprouvé des palpitations de cœur. A 20 ans, il a fait une chute d'un cinquième étage, mais cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse ; pas de perte de connaissance ; pas d'écoulement de sang ni de sérosité par les oreilles ou par le nez ; le lendemain, il reprit son travail habituel. Soldat à 21 ans, il fut envoyé en Afrique où il séjourna 4 ans pendant lesquels il n'a passé qu'un mois à l'hôpital (fièvre intermittente). — Du reste, bonne santé habituelle, pas d'antécédents alcooliques ou syphilitiques.

Au début, les douleurs qui l'amènent à l'hôpital, ne surviennent que de loin en loin, tous les 4 mois environ et ne durent que 3 ou 4 jours. Ce n'est que depuis 8 mois que les accès sont devenus plus fréquents, malgré les nombreux traitements que plusieurs médecins de la ville lui ont fait suivre : purgatifs répétés, sulfate de quinine, bromure de potassium.

Il y a trois semaines, l'acuité et la fréquence des accès l'ont décidé à entrer à l'hôpital Saint-Louis où, admis dans un service de chirurgie, il a pris pendant 15 jours des pilules de Méglin qui n'ont nullement soulagé ses souffrances. Aujourd'hui, ce qui frappe tout d'abord chez ce malade, c'est une exophtalmie double, plus prononcée cependant à droite qu'à

gauche et un strabisme interne de l'œil droit. Mais il nous affirme qu'il a toujours eu les globes oculaires légèrement saillants et qu'il a toujours louché.

Pupilles égales, mobiles. — Pas de déviation des traits. Interrogé sur le siège précis des douleurs qu'il éprouve, le malade nous montre tout le côté droit de la tête. Il a remarqué aussi que, pendant les accès, l'œil droit devient rouge et que des larmes s'en écoulent avec abondance.

A la pression, douleur très-vive au niveau de tous les points classiques de la névralgie trifaciale mais surtout marquée au niveau des points sus et sous-orbitaires, malaire et temporal. — Le côté droit de la face a conservé la sensibilité à la douleur. — Les organes des sens, autres que l'œil, ne présentent rien de particulier.

Les voies digestives sont en bon état. Les fonctions circulatoires et respiratoires sont intactes. — Les facultés intellectuelles paraissent saines. Jamais de perte de connaissance ; la mémoire est conservée. Insomnies fréquentes dues aux violents accès névralgiques. Sulfate de quinine 1 gramme, en 2 fois matin et soir. Bain de pied sinapisé.

Quelques jours après son entrée, le malade accuse de très-vives douleurs dans la joue droite et les gencives supérieures du même côté. Les deux petites molaires droites dont la couronne présente quelques points noirs sont extraites. Sulfate de quinine 1 gramme 50. — Injection hypodermique morphinée tous les soirs.

Pas d'amélioration, les jours suivants. Seules, les injections de morphine ont paru calmer les douleurs.

M. Siredey prie alors M. Panas de vouloir bien examiner la malade et l'examen ophtalmoscopique révèle une NEURORÉTINITE des plus manifestes, symptomatique d'une compression du nerf optique.

Malgré l'absence de tout antécédent syphilitique, en présence du diagnostic porté par M. Panas, M. Siredey soumet immédiatement le malade à l'iodure de potassium : 1 gr. par jour, avec l'intention d'augmenter successivement la dose. — Friction sur la tempe droite avec l'onguent napolitain.

29 mars. — Le malade est dans le même état qu'à son entrée et quitte l'hôpital, sur sa demande. Depuis trois jours, il prenait 3 gr. d'iodure de potassium dans les 24 heures.

20 avril. Le nommé B. revient dans le service au n° 1 de la salle Saint-Augustin (bis) dans l'état suivant :

Les douleurs névralgiques sont toujours aussi fréquentes et aussi aiguës. L'*Bæophthalmie droite* est beaucoup plus prononcée et de ce côté la vue est presque perdue. Le malade aperçoit les objets sans pouvoir les reconnaître. — Quelques gouttes

de pus s'écoulent par le conduit auditif externe droit. L'*audition*, à droite, est très-affaiblie. Le tic-tac de la montre n'est perçu qu'au moment où celle-ci est en contact immédiat avec le crâne.

Le *goût* est complètement aboli sur tout le côté droit de la langue. La saveur de quelques substances (sucre, sel, sulfate de quinine) n'est nullement perçue. Enfin, au dire du malade, la *narine droite* est le siège d'une sécheresse continuelle qui la rend impropre à percevoir les odeurs quand avec le doigt il ferme la narine du côté opposé.

Empâtement et tuméfaction de la région temporale, sans fluctuation ni rougeur à la peau. La sensibilité ainsi que la motilité sont intactes dans toute l'étendue de la région douloureuse. Ajoutons que les mouvements de la mâchoire inférieure s'exécutent bien et que celle-ci n'est nullement déviée du côté opposé. En présence de ces symptômes, M. Siredey pense à une altération du ganglion de Gasser sans qu'il lui soit possible cependant d'en déterminer la nature. — Potion avec: Julep gommeux 120 gr., hydrate de chloral 2 gr.; vésicatoire volant sur la région temporale. Injection morphinée tous les soirs.

Au commencement de mai, apparaît une petite ulcération vers le milieu du segment inférieur de la cornée droite. Les vaisseaux de la conjonctive oculaire et palpébrale sont injectés. La vue est complètement perdue de ce côté.

18 mai. — Le malade se plaint de vertiges, la marche n'est plus assurée. Pas de nausées ni de vomissements convulsifs.

28 mai. — B... a fait hier une chute en descendant les escaliers qui conduisent au jardin de l'hôpital. Pas de perte de connaissance, pas de convulsions, mais faiblesse telle qu'on est obligé de le transporter jusqu'à son lit. Ce matin, nous trouvons une paralysie incomplète de la sensibilité et de la motricité dans tout le côté gauche du corps. Pas de paralysie faciale. — Cet état persiste jusqu'au 11 juin, époque à laquelle survient du délire d'action qui se continue jusqu'au 15 pour faire place alors à un état comateux, précurseur de la mort qui a lieu le 16 juin.

AUTOPSIE, trente heures après la mort. — Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier.

*Cavité crânienne.* — La calotte crânienne enlevée, on voit la convexité des hémisphères cérébraux très-notablement hyperémiee et sillonnée de nombreux vaisseaux gorgés d'un sang noirâtre. Dès que les lobes antérieurs du cerveau sont soulevés, on aperçoit, à droite, appliquée sur la base du crâne, une masse d'un gris blanchâtre, d'aspect encéphaloïde, de

forme aplatie, comprimant évidemment les nerfs olfactif et optique du côté droit.

L'encéphale est enlevé avec le plus grand soin et sans difficulté, aucune adhérence n'existant entre la tumeur et la masse cérébrale. Cette dernière, tant dans sa partie superficielle que dans sa partie profonde ne présente aucune altération. Pas de ramollissement, pas d'hémorrhagie au niveau des points en contact avec la tumeur. La production morbide se présente alors sous la forme d'une masse trilobée, de consistance molle, recouvrant la plus grande portion de la selle turcique, s'étendant en *avant* jusqu'au bord sphénoïdal, en *arrière* jusqu'à vers le milieu de la gouttière basilaire, à *gauche* jusqu'au sinus caverneux du même côté qu'elle laisse en dehors d'elle, à *droite*, s'avancant sur le rocher qu'elle recouvre dans ses 2/3 internes.

Un examen plus attentif nous montre que la tumeur s'est développée aux dépens de la face interne de la dure-mère dont elle suit les prolongements à droite au niveau du trou optique, de la fente sphénoïdale, des trous ovale, grand rond et déchiré antérieur et qu'elle est immédiatement appliquée sur les 2/3 internes du rocher.

Le sinus coronaire et le corps pituitaire semblent faire corps avec la tumeur qui passe comme un pont sur le sinus caverneux, lequel ne présente aucune altération. — L'artère carotide interne, la branche ophthalmique de Willis, les nerfs moteur oculaire externe, pathétique et moteur oculaire commun sont intacts.

La dure-mère détachée, on voit sur sa face externe de nombreuses végétations ressemblant en tous points à la masse qui occupe sa face interne, végétations qui ont érodé les parties osseuses qu'elles recouvrent. C'est ainsi que la gouttière basilaire et les apophyses clinoides postérieures sont le siège de nombreuses érosions qui leur donnent un aspect aréolaire.

Le ganglion de Gasser est tellement comprimé par le produit morbide qu'il nous est impossible, malgré la dissection la plus minutieuse, de l'en séparer et de suivre les branches qui en partent. Ce n'est qu'à leur point d'émergence de la tumeur qu'on aperçoit la branche ophthalmique, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur que l'on peut suivre jusqu'à leur entrée dans la fente sphénoïdale, les trous grand rond et ovale.

Nous avons cherché à constater l'intégrité du *nerf maxillaire inférieur*, intégrité probable puisque les muscles masticateurs n'avaient pas été paralysés, mais nous n'avons pu suivre ce nerf jusqu'au ganglion de Gasser. Les nerfs *facial*

et *auditiif* sont situés en arrière de la production morbide et paraissent sains.

M. le docteur Debove a bien voulu faire l'examen histologique de la tumeur qui a présenté tous les caractères d'un carcinome (Stroma fibreux avec grands alvéoles remplis de cellules).

**23. Séquestre du calcanéum; par M. RAY, interne des hôpitaux.**

M. RAY montre un séquestre du calcanéum enlevé par M. Panas à un jeune homme acrofuléux. Il est remarquable par son volume, qui égale celui d'une noix, par sa forme exactement arrondie, par sa consistance spongieuse. Ce séquestre était complètement libre au milieu d'une poche tapissée par une membrane granuleuse; le reste de l'os était considérablement épaissi et présentait des points d'ostéite condensante.

**24. Rapport sur la candidature de M. Duret; par M. V. HANOT, membre-adjoint de la Société.**

Messieurs,

Je n'ai pas besoin d'un long rapport pour vous exposer les titres qui justifient la candidature de M. Duret. Les travaux qu'il invoque à l'appui de sa requête, sont parfaitement connus de tous; on peut même dire qu'ils sont déjà classiques. D'ailleurs, ils ont été de la part des maîtres, ici en particulier, l'objet d'appréciations décisives: et n'était la nécessité de me conformer à nos anciennes traditions, il serait banal aujourd'hui de venir ajouter à ces témoignages celui de mon jugement personnel. Je ne vous parlerai pas, Messieurs, des premières présentations de M. Duret à cette société, où déjà se montrait l'habileté de l'anatomiste jointe à la patience du chercheur. J'ai hâte d'arriver aux importants mémoires, dont vous avez eu la primeur, sur la circulation des centres nerveux.

Les travaux de l'école de la Salpêtrière avaient déjà montré la localisation remarquable de certaines lésions encéphaliques ou bulbaires, et la constance des signes cliniques auxquels elles donnaient lieu. Il restait à voir si la circulation vasculaire présentait en ces points une disposition particulière, capable d'expliquer la circonscription spéciale de certains groupes de lésions. C'est d'après cette pensée féconde que furent entreprises les premières recherches de M. Duret sur le bulbe.

Je ne ferai que vous rappeler sommairement quels en furent les résultats. Les artères nourricières du bulbe peuvent

se diviser en trois ordres : les unes, médianes, vont directement aux noyaux centraux de cet organe ; les autres se rendent aux racines des nerfs ; enfin un troisième système se distribue à la périphérie. Toutes ces artères jouissent d'une indépendance relative fort remarquable et s'anastomosent peu entre elles, d'où résulte qu'à l'inverse des idées admises jusqu'à présent, la circulation bulbaire se fait par circonscriptions isolées, et par départements vasculaires autonomes.

Les conséquences de cette disposition sont très-importantes, D'abord, il y a séparation pour ainsi dire absolue entre le bulbe inférieur et le bulbe supérieur ; le premier recevant des vaisseaux de la spinale antérieure, le second des artères sous protubérantielles et médio-protubérantielles. De là résulte une connaissance plus exacte de la topographie du bulbe, et par suite, des lésions vasculaires qui peuvent en compromettre la vitalité. M. Duret montre, en effet, que dans les différentes observations de MM. Charcot, Vulpian, Hayem, Joffroy, Proust, Voisin, les symptômes observés s'expliquent à merveille par des ischémies vasculaires locales.

Si l'embolie ou la thrombose occupe le calibre de l'artère vertébrale, on a les symptômes d'une paralysie labio-glosso-pharyngée à début brusque, puisque les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur subissent seuls la nécrobiose (cas de Proust). Si le caillot occupe la partie inférieure du tronc basilaire, il y a mort subite, puisque dans ce cas les noyaux des pneumogastriques sont atteints (cas d'Hayem). Enfin si le caillot siège à la partie supérieure du tronc basilaire, on observe des troubles de la vision, du strabisme, la paralysie de la moitié supérieure de la face, particularités qui se trouvent presque toutes réunies dans une observation de M. Joffroy. Il n'est donc pas exagéré de dire que ces recherches anatomiques jettent sur les faits cliniques un jour inattendu.

Poursuivant la même série d'études, M. Duret vous a montré ensuite que la moelle, tout comme le bulbe, présente trois systèmes de vaisseaux nourriciers, les uns médians, d'autres radiculaires et périphériques. Le point sans aucun doute qui offre l'intérêt le plus immédiat est la distribution des capillaires dans la corne antérieure de l'axe gris, qui a sa circulation propre et son aire vasculaire spéciale. Ainsi s'explique dans une certaine mesure, l'indépendance fonctionnelle de cette partie de la moelle et la possibilité d'atrophies limitées, sans autre altération du centre nerveux rachidien, comme dans certaines formes de paralysie infantile. Dans un autre ordre d'idées, les recherches de M. Duret viennent confirmer celles de M. Pierret sur l'indépendance des cordons de Goll,



car elles montrent deux groupes d'artérioles constants qui les séparent des faisceaux externes des cordons postérieurs. Il décrit aussi un système vasculaire spécial pour le faisceau radiculaire interne, dont la lésion d'après M. Pierret est le début de l'ataxie.

La même distribution fondamentale se retrouve dans les centres encéphaliques, mais avec des modifications appréciables, dues à la prédominance de l'hémisphère sur le reste de l'encéphale. Un système d'artères médianes va se rendre aux ganglions de substance grise qui constituent des centres analogues aux noyaux du bulbe ; je veux parler de la couche optique et du corps strié. Aux artères radiculaires du bulbe et de la moelle correspondent des artères striées externes et des artères optiques externes, qui dans le plan général, ont une distribution tout à fait comparable. Ces artères tiennent sous leur dépendance la motilité et la sensibilité des membres. Enfin, de même qu'à la périphérie du bulbe et de la moelle se voient des artérioles spéciales, pour les hémisphères, il y a aussi tout un système d'artères fort importantes, destinées à se rendre à la substance grise des circonvolutions et au centre ovale : *artères corticales* et *artères médullaires*. Il a fait ressortir également la différence considérable qui sépare, au point de vue du plan primitif, les artères de la toile choroïdienne, continuation de celles de la pie-mère et nourricières comme ces dernières, des vaisseaux des plexus choroïdes, qui semble n'avoir d'autre usage que de faciliter la transsudation du liquide ventriculaire. Les véritables artères nourricières se rendent toujours dans la substance grise, et elles se développent en même temps qu'elle : elles forment à la surface des circonvolutions un système spécial que M. Duret désigne sous le nom d'*arborisations*. Elles n'apparaissent qu'au moment où la substance grise se forme et leur étude est très-importante. M. Duret a pu s'assurer de ce fait curieux sur des embryons de quelques semaines.

C'est sur la limite de la substance grise corticale et de la substance médullaire que se fait le passage graduel des capillaires artériels en veinules, en sorte que c'est la substance grise (région cellulaire de l'encéphale) qui reste le plus en contact avec le liquide sanguin. Dans l'intérieur de la substance blanche, comme dans la pie-mère, il n'existe aucune anastomose notable entre les artères et les veines.

Tels sont, Messieurs, les principaux traits du travail considérable que vous a présenté M. Duret, à quelques mois d'intervalle. Les conséquences de ces études, relativement à la pathologie de l'encéphale sont faciles à prévoir. Ce qui a man-

qué jusqu'ici pour la localisation des phénomènes, c'est un point de départ anatomique solide : aujourd'hui, nous pouvons dire que grâce à ces recherches il sera plus facile peut-être de remonter du symptôme à la lésion. C'est d'ailleurs ce que M. Duret se réserve de mettre prochainement en lumière dans un nouveau mémoire. Je n'ai pas besoin d'ailleurs de vous rappeler que tout en poursuivant ses recherches originales, il n'ignore pas les travaux publiés à l'étranger : vous avez pu lire, dans le *Pragmès médical*, la traduction qu'il a fournie de l'important mémoire de M. Ferrier sur les fonctions des circonvolutions cérébrales. Je ne veux pas insister non plus sur les nombreuses observations de tumeurs, analysées avec soin et minutieusement décrites, que M. Duret a eu l'occasion de vous présenter l'année dernière : elles prouvent une fois de plus l'aptitude remarquable dont il est doué pour les investigations anatomo-pathologiques. Tous ces titres, Messieurs, sont plus que suffisants pour lui ouvrir les portes de votre Société, et l'on peut affirmer sans crainte qu'en admettant M. Duret au nombre des membres adjoints, vous vous assurez le concours d'un des collaborateurs les plus distingués de la Société anatomique.

*Le Secrétaire,*

RENDU.

## JUILLET 1874.

*Séance du 3 juillet 1874.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Cirrhose du foie chez un jeune homme de 19 ans; par M. FIOURS, interne des hôpitaux.

D... Célestin, âgé de 19 ans, emballleur, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin (bis), n° 27 (service de M. SIREDEY), le 23 mars 1874.

*Antécédents.* — Père mort à 48 ans, après une longue maladie pendant laquelle il aurait beaucoup toussé. La mère, adonnée aux boissons, aurait succombé à une maladie du foie. Le malade a souvent entendu dire que sa mère était hydropique. Un frère, de 17 ans, bien portant; une sœur, de 14 ans, bien portante aussi.

Quant au malade lui-même, il aurait eu le croup à l'âge de 8 ans. Depuis lors, il a toujours joui d'une santé parfaite. Pas de fièvres intermittentes. Il nie tout antécédent alcoolique ou syphilitique. Il y a un mois, sans éprouver les moindres souffrances, il remarqua qu'il avait beaucoup moins d'aptitude au travail et qu'il avait notablement perdu ses forces. Quinze jours après, bouche pâteuse, soif très-vive, inappétence et légère douleur à l'épigastre avec sentiment de pesanteur dans cette région après les repas. Depuis 8 jours, ballonnement du ventre.

*État actuel.* — Jeune homme brun, assez bien développé, mais amaigri. Teint mat et terne. Conjonctives légèrement ictériques.

Haleine fétide; langue couverte d'un épais enduit blanchâtre sur un fond rouge. Appétit revenu; mais, après les repas, pesanteur à l'épigastre qui est douloureux à la pression. Pas de renvois acides ou nidoreux. Constipation. Ventre très-ballonné; sonorité tympanique dans les deux tiers supérieurs de l'abdomen qui contient un peu de liquide. Pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt

et remonte jusqu'au niveau du mamelon droit. A gauche, il s'avance jusque dans la région épigastrique où la percussion développe une douleur assez vive.

La *rate* ne dépasse pas les fausses côtes ; mais sa ligne de matité, en haut, s'élève au même niveau que celle du foie.

Urines rares, briquetées, sans sucre ni albumine.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Quelques ganglions engorgés aux deux aines. Pas d'engorgement ganglionnaire dans les autres régions. Fonctions circulatoires et respiratoires intactes.

En présence de ces symptômes et eu égard aux antécédents du malade, M. Siredey, tout en faisant ses réserves jusqu'au jour où le microscope viendra éclairer le diagnostic, croit plutôt à une leucocythémie qu'à une cirrhose au début ou une cirrhose hypertrophique. Cette hypothèse paraît confirmée, quelques jours plus tard, par l'examen histologique du sang qui révèle une légère augmentation des globules blancs. (1 pour 200 environ). A cette même époque, M. Guyot examine le malade et s'arrête aussi à l'idée d'une leucocythémie probable. Traitement : Douches froides sur la région splénique. Toniques.

*Au commencement d'avril*, apparition d'un symptôme nouveau, mais peu fait pour éclairer le diagnostic, puisqu'on le rencontre aussi bien dans la leucocythémie que dans la cirrhose de foie, c'est l'*épistaxis*. Ces hémorrhagies nasales, très-peu abondantes du reste (quelques gouttes à peine), se montrent d'abord tous les deux ou trois jours, puis deviennent plus fréquentes, quotidiennes, et persistent jusqu'au milieu de mai.

*En mai*, les forces du malade ont beaucoup diminué ; l'appétit est perdu, la langue est sèche. Alternatives de diarrhée et de constipation. L'ascité a beaucoup augmenté, les veines sous-cutanées abdominales se sont développées et les jambes sont légèrement œdématisées. Les ganglions de l'aine sont restés stationnaires et ceux des autres régions ne se sont pas engorgés. A un second examen du sang, nous constatons que les globules blancs et rouges ont conservé la même proportion (1 pour 200). Enfin, une ponction qui donne issue à 9 litres et demi d'un liquide jaune clair, permet de mieux explorer les organes abdominaux et de constater que le foie a diminué de volume, mais que la *rate* est très-hypertrophiée, puisque, sa ligne de matité supérieure restant la même, elle descend, en bas, dans la fosse iliaque gauche jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A partir de ce jour, plus de doute sur le diagnostic ; nous étions en présence d'une cirrhose hépatique.

*Au mois de juin*, les précédents symptômes s'accusent de plus en plus. Le 10, on fait une seconde ponction qui donne issue à 13 litres d'un liquide semblable à celui qu'on a retiré par la première paracentèse. Avec la pointe des doigts, on reconnaît facilement les inégalités de la surface du foie et la consistance dure et résistante des bords de l'organe.

Le 27, nouvelle ponction de 12 litres. Le 28, le poulx augmente de fréquence, devient de plus en plus petit ; le 29, râle laryngo-trachéal et mort.

**AUTOPSIE.** — Rien de particulier à noter du côté de l'*encéphale* et des *organes thoraciques*.

Le *foie* présente à peu près son volume normal, mais il est très-manifestement cirrhotique. Sa surface, dont l'enveloppe est épaissie, est hérissée d'une multitude de petits mamelons, irréguliers, de volume différent, de coloration jaunâtre. A l'intérieur de l'organe qui oppose au contraire une dureté et une tenacité très-considérables, se logent des granulations semblables à celles de la superficie, granulations séparées par des cloisons d'un blanc grisâtre. Sous l'action de la teinture d'iode, la substance hépatique ne présente ni coloration violette, ni coloration rouge.

La *rate* est au moins deux fois plus volumineuse qu'à l'état normal. Sa capsule ne paraît pas épaissie ; mais le parenchyme est mollassé et plein de sang. *Reins* normaux. Pas d'hypertrophie des ganglions mésentériques.

**RÉFLEXIONS.** — Cette observation nous a paru offrir de l'intérêt à plusieurs points de vue.

*Cliniquement*, elle montre qu'il est quelquefois très-difficile pour ne pas dire impossible de distinguer la cirrhose du foie au début de la leucocythémie. Au point de vue de l'âge, elle mérite aussi de fixer l'attention. Dans la statistique de Frerichs nous n'avons trouvé qu'un cas de cirrhose de 10 à 20 ans. Il est vrai de dire que Rilliet et Barthez ont observé cette affection chez des enfants et Ferdinand Weber chez des nouveau-nés. Mais ce sont là des faits très-exceptionnels. Enfin, c'est un nouveau cas à ajouter à ceux, peu nombreux, où les causes habituelles de l'induration granulée du foie ont fait complètement défaut. Il est digne de remarquer, cependant, que la mère avait des habitudes alcooliques et qu'il ne serait pas impossible, d'après les renseignements fournis par le malade, qu'elle eût succombé à une *cirrhose du foie*.

**3. Sarcome des bourses ; vaginalite hémorragique consécutive ;** par MM. MARGANO et PITRES, internes des hôpitaux.

Cottureau (Alexandre), sabotier, âgé de 45 ans, est entré à la Pitié (service de M. VERNEUIL), le 20 juin 1874 pour une tumeur.

Soc. ANAT.

33

meur des bourses, qui s'est développée dans les conditions suivantes : Il y a 3 ans il fit une chute sur la périnée, et ses bourses devinrent le siège d'une forte contusion qui se traduisit par un gonflement très-étendu et une large ecchymose. Ces accidents disparurent complètement. Quelques mois après, la tumeur actuelle commença à se développer. A son début elle était située à la partie antérieure et inférieure des bourses, et bien distincte des deux testicules : son volume était celui d'une lentille ; bientôt elle acquit les dimensions d'un œuf de poule, et à ce moment, au dire du malade, on aurait pu croire qu'il avait trois testicules. La tumeur resta stationnaire pendant longtemps, mais depuis deux mois elle s'est mise à grossir subitement, et sans cause connue ; c'est alors que la peau, normale auparavant, s'est enflammée. Les deux derniers mois ont suffi pour faire atteindre à la tumeur le volume qu'elle a aujourd'hui.

En l'examinant de près, il est facile de constater qu'elle siège dans les bourses ; en effet, les deux testicules ont été refoulés en haut et on les sent distinctement au niveau des régions inguinales.

Les bourses sont rouges, très-tuméfiées, et sans odème. On y trouve une fluctuation très-nette, excepté dans quelques endroits où il y a de la dureté et de la résistance.

La marche et les caractères de la tumeur firent poser à M. Verneuil le diagnostic : hématocele pariétale des bourses, et il décida d'en faire l'extirpation.

L'opération fut pratiquée le 27 juin de la manière suivante : Incision à la face antérieure des bourses, qui livre passage à une certaine quantité d'un liquide séro-sanguinolent, dans lequel nagent des flocons d'apparence fibrineuse et adhérents aux parois de la poche, dont on ne peut les détacher que par le râclage.

La tumeur est dure et arrondie. Son apparence extérieure rappelle celle du testicule, mais comme la présence des deux testicules avait été constatée dans la partie supérieure des bourses, on repousse cette opinion et on fait une incision qui fait voir qu'on a affaire à une tumeur solide indépendante du testicule et occupant la partie supérieure de la cavité vaginale. Cette tumeur est complètement extirpée et la plaie réunie par cinq points de suture. Les jours suivants, le malade va très-bien et aujourd'hui (15 juillet), la guérison est assurée.

*Examen anatomique.* — Le tissu d'apparence pseudo-membraneuse qui formait la paroi interne de la cavité vaginale présente une surface extrêmement irrégulière d'où partent de nombreux prolongements flottants, de forme et de volume variés, les uns adhérent par une large base, les autres retenus

seulement par un pédicule très-mince et facile à déchirer. Il est impossible en détachant ce tissu des parties profondes de retrouver au-dessous de lui une membrane unie, rappelant les apparences de la tunique vaginale.

Il présente une coloration grisâtre légèrement translucide, interrompue par un grand nombre de taches rouges, irrégulièrement disséminées et paraissant dues à des hémorrhagies interstitielles ; il se laisse assez facilement écraser sous le doigt, et mêlé au sang qui était contenu dans les bourses il ressemble tout-à-fait à de la fibrine coagulée. Le raclage de ce tissu ne fournit pas de suc laiteux : en passant une lame de scalpel sur sa coupe fraîche on obtient une faible quantité de liquide rosé. Si l'on examine ce liquide au microscope dans du picro-carminate, on y trouve des grandes cellules de formes très-irrégulières, aplaties, composées de 4 à 8 ou 10 noyaux volumineux, ronds ou ovoïdes vivement colorés en rouge par le carmin et d'une masse de protoplasma qui se colore en jaune par l'acide picrique du picro-carminate (cellules gigantesques). On voit en outre pager dans la préparation beaucoup de noyaux privés de protoplasma, des globules du sang et un grand nombre de granulations protéiques et grasses. Sur des coupes pratiquées après durcissement (acide picrique gomme, alcool), on retrouve les mêmes cellules disposées, sans aucun ordre apparent, les unes à côté des autres. Nulle part on ne distingue de traces de stroma. De nombreux vaisseaux capillaires à parois embryonnaires sillonnent dans tous les sens le tissu, dans lequel on voit aussi une grande quantité de petites hémorrhagies interstitielles.

La tumeur qui était située à la partie inférieure et antérieure des bourses a la forme et le volume d'un œuf de poule. Elle est assez nettement séparée des parties voisines pour qu'on puisse bien distinguer ses limites, cependant elle n'est pas énucléable ; à l'une de ses extrémités et presque en contact avec elle on trouve une petite tumeur du volume d'un haricot présentant les mêmes caractères anatomiques que la tumeur principale. La peau qui les recouvre est épaissie, œdémateuse ; elle n'est pas englobée dans la tumeur mais elle lui est unie par un tissu cellulaire beaucoup plus dense que le tissu sous-cutané normal de la région. La face supérieure de la tumeur fait saillie dans la cavité vaginale ; elle est recouverte par le tissu tomenteux que nous avons déjà décrit, et qui présente à ce niveau son plus grand développement. Incisée par le milieu cette tumeur se présente avec une coloration grise uniforme : son tissu est assez résistant, élastique, fuyant devant le couteau, et difficile à couper en tranches minces. Le raclage ne fournit qu'une petite quantité de liquide rosé semblable

à de la solution de gomme. Sur des coupes minces du tissu durci, on reconnaît les caractères du sarcome fasciculé.

On y voit des faisceaux formés de cellules fusiformes et tassés les uns contre les autres, dirigés en différents sens, et dans l'intervalle de ces faisceaux coupés longitudinalement, on distingue les flots qui représentent les sections de faisceaux analogues coupés obliquement ou transversalement.

L'interprétation anatomique du tissu qui tapissait la paroi interne de la cavité vaginale présente beaucoup plus de difficultés; car une dégénérescence sarcomateuse de la séreuse ou une inflammation pure et simple pourraient produire des apparences histologiques tout-à-fait semblables. Cependant en tenant compte des caractères tirés de l'étude clinique de la maladie et de l'examen microscopique des parties, il paraît au moins très-probable que la tumeur a pris naissance en dehors de la vaginale et que celle-ci a été consécutivement le siège d'une vaginalite hémorrhagique.

### **3. Varicocèle guéri par phlébite spontanée adhésive.**

M. OULMONT fait voir un testicule entouré par un paquet variqueux oblitéré; en partie fibreux, et guéri spontanément. La pièce a été recueillie chez un homme qui a succombé dans le service de M. Gosselin des suites d'un érysipèle gangréneux. On avait remarqué l'existence d'une tumeur bosselée placée au dessus du testicule gauche; cependant le malade affirmait n'avoir jamais subi d'opération dans cette région. Quelques années auparavant, le varicocèle dont il souffrait depuis longtemps s'était enflammé, avait durci, et dès lors il n'avait plus éprouvé aucune incommodité. L'observation de ce malade n'a pas été remise.

### **4. Fistule urinaire produite par une destruction tuberculeuse de la prostate; par M. EXCHAQUET, interne.**

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. Péan, sur le cadavre d'un homme de 31 ans atteint de fistule urinaire. Cette fistule ano-périnéale existait depuis cinq ou six mois; elle était consécutive à un rétrécissement qui datait de deux ans et qui se reconnaissait pour origine des blennorrhagies antérieures: en un mot, le cas paraissait rentrer dans la catégorie des accidents ordinaires des rétrécissements de l'urèthre.

Les phénomènes consécutifs qui survinrent chez ce malade semblèrent confirmer le premier diagnostic. Un catarrhe purulent vésical, des signes de torpeur et de coma graduelle-



ment progressif, firent penser qu'il existait de la pyélonéphrite, avec accidents urémiques. Le malade mourut dans le coma.

A l'autopsie, on constata que les reins étaient parfaitement sains; les uretères étaient partiellement dilatés, mais la prostate était réduite à une coque fibreuse, inégale et anfractueuse, et remplie de pus et de tubercules. Les deux poumons étaient farcis de granulations miliaires, bien que l'auscultation, pratiquée pendant la vie, n'eût fourni aucun symptôme appréciable.

**5. Persistance du trou de Botal observée chez un chien adulte;**  
par M. le Dr BOCHEFONTAINE.

Ce cœur est celui d'un chien terrier adulte, de forte taille, très-vigoureux, très-alerte, mis en expérience, par M. Vulpian, dans son laboratoire, le 14 juin 1874, et mort, aujourd'hui, des suites de l'expérience. Pendant le peu de temps qu'on a observé ce chien, on n'a pas constaté de symptômes de malformation cardiaque.

La *nécropsie* a été faite il y a environ deux heures. Les deux oreillettes communiquent par un orifice circulaire, situé à la place de la fosse ovale, et dont le diamètre a un peu plus de un centimètre. Cet orifice n'est pas accidentel, le résultat d'une section faite lors de l'ouverture des cavités cardiaques. En effet, les bords lisses, arrondis continuent sans interruption, sans solution de continuité de l'endocarde. De plus, une incision récente de l'endocarde se présenterait avec un aspect que n'offrent pas les bords de l'ouverture circulaire en question. En voici, sur la même pièce, la preuve évidente.

Une petite incision a été faite involontairement avec les ciseaux, dans l'oreillette gauche, tout près de l'orifice de communication des deux oreillettes et a produit une boutonnière longitudinale, intéressant toute l'épaisseur de la cloison qui sépare la grande veine coronaire d'avec l'oreillette gauche, de sorte qu'il existe une seconde communication artificielle, accidentelle, indirecte (puisque'elle a lieu par l'intermédiaire de la veine coronaire), entre les deux oreillettes. Or, les bords de la boutonnière accidentelle, qui s'arrête à l'anneau de Vieussens, par son extrémité interne, sont angulaires, nettement linéaires, et ont une couleur rouge bien différente de la couleur blanchâtre des bords de l'orifice qui nous intéresse.

Voici, sur un autre cœur de chien adulte, mais beaucoup plus jeune que le précédent, la partie de la cloison qui sépare les deux oreillettes, correspondante à celle que l'on vient de

voir sur le premier cœur. On voit facilement, par transparence la membrane, très-mince, remplissant la fosse ovale limitée par l'anneau de Vieussens. Cette membrane constitue la membrane obturatrice qui, chez l'animal adulte, ferme le trou de Botal.

L'orifice de communication entre les deux oreillettes constitue donc une persistance du trou de Botal chez un chien adulte. On sait que ce vice de conformation a été assez fréquemment observé chez l'homme, la pièce qui est sous les yeux de la société prouve qu'il peut également se rencontrer chez le chien.

Une autre lésion existe encore sur cette pièce. Sur la paroi interne de la valvule tricuspide qui correspond à la cloison interventriculaire, non loin du bord libre de la valvule, on voit une petite tumeur rouge foncé, avec marbrures brunâtres, du volume d'un pois chiche, soulevant l'endocarde et qui n'est autre chose qu'un petit hématome. Cette petite tumeur, divisée par son milieu dans toute son épaisseur, se montre constituée par du sang coagulé réuni en un petit amas entre les deux lames endocardiques de la valvule. (L'examen de cet hématome n'a été fait qu'après macération dans l'alcool pendant 15 jours.)

M. PIGEAUX fait remarquer qu'une pareille anomalie se rencontre assez communément dans l'espèce humaine bien que pendant la vie elle ne se traduise par aucun symptôme; ce n'est pas là d'ailleurs le seul exemple de l'absence de corrélation qui existe parfois entre les signes observés du vivant du malade et les lésions constatées à l'autopsie.

M. PARROT. J'ai eu l'occasion d'examiner ce que devient le trou de Botal, non-seulement chez les jeunes enfants, mais chez les adultes, à l'occasion du choléra de 1866. Mes recherches statistiques ont porté sur 130 cas environ. Or, la moitié de ses sujets présentaient une communication interauriculaire persistante. C'est là du reste une lésion sans conséquences, parce que la plupart du temps l'orifice de communication n'est pas béant : un double feuillet fibreux, continuation de la paroi de chaque oreillette, vient former une valvule, dont l'ouverture oblique ne permet pas au sang de passer d'une manière appréciable. D'ailleurs, y aurait-il même une communication facile entre les deux oreillettes, les conséquences ne seraient pas très-graves : il n'en est plus de même quand l'inclusion siège à la partie supérieure de la cloison interventriculaire et surtout quand il s'y joint un rétrécissement de

l'artère pulmonaire, comme cela se voit dans presque tous les cas de cyanose. Ce dernier symptôme, la coloration bleue, est moins le résultat de la communication des deux cœurs et du mélange des deux sangs, qu'il du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Le souffle ventriculaire peut exister sans cyanosé et alors il indique la perforation de la cloison, sans complications du côté de l'artère pulmonaire.

M. PIGEAUX. L'intensité des bruits de souffle, dans les cas dont parle M. Parrot, est parfaitement compatible avec l'intégrité absolue de la circulation : c'est là une preuve de ce que jadisais tout à l'heure, que le symptôme ne donne pas toujours la mesure de la lésion.

**6. Epithéliome de la base de la langue ayant envahi le pharynx et le larynx. — Destruction de l'épiglotte. — Déglutition possible sans accidents de suffocation. — Observation et réflexions; par M. CARTAZ, interne des hôpitaux.**

X..., vieillard de 70 ans environ, est entré à l'hôpital de la Pitié (service de M. Léon LARRE), dans les derniers mois de 1873. Il s'était présenté à la consultation, souffrant d'une ulcération qui siégeait sur le bord libre du voile du palais et avait envahi le pilier antérieur gauche; cette ulcération, dont le malade faisait remonter le début à quelques semaines, était accompagnée d'une adénite sous-maxillaire peu prononcée; elle fut regardée tout d'abord comme syphilitique et traitée comme telle par la médication spécifique. Le malade accusait des antécédents vénériens, fort éloignés, il est vrai. Après quelques semaines de traitement, l'ulcération n'était point modifiée, elle paraissait au contraire notablement agrandie et le malade avait subi un dépérissement fort appréciable. Dès lors le doute cessa et la nature cancéreuse de l'affection fut reconnue.

Le mal gagna rapidement la base de la langue, toute l'étendue du voile du palais et les parois du pharynx, à tel point qu'il survint, quelque temps après, de graves complications. Un œdème de la glotte nécessita la trachéotomie d'urgence; mais cet œdème n'était pas seul en cause dans les accidents laryngés puisque la canule est demeurée en permanence jusqu'à la mort du sujet, sans qu'on puisse la retirer sous peine de suffocation.

Peu après, la langue repoussée à la base, vint faire saillie entre les lèvres et depuis le milieu de janvier de 1874, ce malheureux présentait le triste spectacle suivant : La moitié de la langue pendait hors de la bouche, il ne pouvait respirer

que par sa canule et toute mastication lui était absolument impossible. Les aliments qu'il pouvait prendre consistaient en bouillons ou en pulpes à moitié liquides.

Un fait particulier, que l'examen des pièces rend tout à fait intéressant, c'est que pendant les quatre mois que persista cet état, il n'y eut jamais le moindre accès de suffocation consécutif à l'introduction de ces liquides. La présence d'une canule à demeure ne suffit pas à expliquer cette insensibilité ou plutôt cette innocuité du côté du larynx. Chez les animaux trachéotomisés, les corps étrangers glissés sur le larynx provoquent des spasmes réflexes avec accès de suffocation.

L'autopsie, qui fut pratiquée il y a trois mois, fit constater les désordres suivants. (Je dirai auparavant que le malade a succombé aux progrès de la cachexie cancéreuse sans autre accident spécial qu'une hémorrhagie peu abondante survenue trois jours avant la mort.) La base de la langue, tout le voile du palais et la partie supérieure du larynx sont complètement envahis par la production épithéliale; les piliers antérieur et postérieur du côté gauche sont en grande partie détruits; le voile du palais est déchiqueté et forme une bordure festonnée, où la luette est à peu près intacte. L'épiglotte, et c'est sur ce point qu'il y a lieu d'appeler l'attention, l'épiglotte est totalement détruite; un rebord de 2 à 4 millimètres, suivant les points, marque seul la place de cet opercule. Du côté du larynx, les deux cordes vocales supérieures sont envahies, celle du côté gauche est complètement transformée en une masse pulpeuse se déchirant facilement sous le doigt. Enfin la base de la langue est profondément atteinte; une vaste ulcération carcinomateuse a détruit ses attaches du côté gauche et communique par une fistule de 6 millim. avec un foyer en dégénérescence putrilagineuse au niveau des ganglions sous-maxillaires et cervicaux de ce côté. La tumeur fut reconnue à l'examen histologique pour un cancer épithélial.

**RÉFLEXIONS.** — Sans m'étendre davantage sur les désordres et l'intérêt anatomo-pathologiques de ce cas, je passerai à un point fort intéressant, l'étude des troubles fonctionnels. L'observation attentive de ce malade resté dans le service plusieurs mois, a permis de constater que les troubles ont été nuls, en tant qu'accidents produits par la déglutition du côté des voies aériennes. J'ai étudié souvent ce fait avec mon collègue Budin et je dois dire que nous n'avons jamais pu saisir, même dans les dernières périodes de la vie, aucun indice d'introduction des aliments dans le larynx et à ce moment cependant le malade ne prenait que des liquides (vin, bouillon, etc.) Les lésions constatées à l'autopsie rendent au pre-

mier abord cette intégrité des fonctions difficile à comprendre; si l'on se reporte en effet aux observations citées par différents auteurs, aux expériences physiologiques, on verra que, sans être absolument nécessaire à la déglutition, la conservation de l'épiglotte la facilite beaucoup et dans tous les cas où elle a été enlevée ou détruite, le passage des liquides était suivi d'accès de suffocation. Chez les blessés de Larrey, ces accidents furent observés très-nettement; chez l'un (le général Murat) une balle perforant le cou de part en part, d'un angle de la mâchoire à l'autre, coupa la partie flottante du cartilage épiglottique qui fut expectoré quelques minutes après; chez le second, l'épiglotte avait été détachée en totalité par le projectile. « Cette blessure, dit Larrey, laissant par conséquent tout à fait à découvert la cavité du larynx, ne pouvait permettre à ce militaire, tourmenté par la soif que lui causaient les chaleurs et l'irritation de la plaie, d'avalier aucun liquide, sans entrer aussitôt dans une toux convulsive et suffocante. Les mêmes phénomènes se renouvelaient constamment à chaque tentative. »

D'autre part, Longet, excisant complètement l'épiglotte sur des chiens, constatait que si les aliments solides passent facilement sans cet opercule, il n'en est plus de même des liquides, dont la déglutition est constamment suivie d'une toux convulsive. Suivant le degré d'excision plus ou moins complète, ces accidents de suffocation étaient nuls ou peu marqués ou très-intenses. Cependant dans un cas un chien auquel l'éminent physiologiste avait enlevé la totalité de l'épiglotte pouvait déglutir les liquides le plus souvent sans tousser; à l'autopsie, on remarqua un gonflement de la base de la langue qui proéminait sur l'ouverture laryngée supérieure, en la laissant toutefois libre en haut et en arrière.

Faut-il rapprocher le cas qui nous occupe de l'expérience de Longet et croire que chez le malade la langue remplaçait efficacement l'épiglotte absente. Je ne le pense pas pour les raisons que voici : la langue projetée à moitié au dehors de la bouche n'était pas susceptible de mouvements capables de la ramener en arrière et de masquer l'ouverture laryngée béante par manque de son opercule; de plus, loin d'avoir un gonflement de la racine de cet organe, il existait une destruction de tout un côté qui anéantissait toute intervention dans l'acte de la déglutition. L'occlusion de l'isthme du gosier par le rapprochement des piliers et la tension du voile du palais devaient être bien incomplètes, à en juger par les délabrements de ces parois musculaires. Cependant les aliments, de même qu'ils ne pénétraient pas dans les voies aériennes, ne revenaient pas non plus par les fosses nasales.

Quel est donc le mécanisme suivant lequel on peut expliquer l'acte de la déglutition chez ce malade? Il est probable que la vaste anfractuosité siégeant sur le côté gauche de la langue servait encore de direction aux aliments qui, nous l'avons dit, étaient toujours liquides. J'ai en effet remarqué que ce malheureux, chaque fois qu'il introduisait le bec de la cuiller entre les lèvres, la présentait du côté gauche et en même temps inclinait la tête de ce même côté pour diriger les liquides en quelque sorte uniquement sur ce bord. Une fois arrivés au fond de la bouche, ils pénétraient dans cette immense rigole taillée par l'ulcère cancéreux et venaient en quelque sorte tomber latéralement dans le pharynx, de même qu'à l'état normal les rebords de l'épiglotte forment une double gouttière latérale qui sert spécialement à l'introduction des liquides.

Il ne faut pas oublier de plus le rôle efficace que jouent dans cet acte mécanique les constricteurs du pharynx et l'élévation du larynx en haut et en avant. C'est grâce à ces agents aidés puissamment, croyons-nous, par cette cavité artificielle placée en avant et à la partie supérieure du pharynx que la déglutition s'accomplissait péniblement, mais sans aucun accident de suffocation. L'impossibilité d'enlever la canule d'une façon complète (car on la laissait assez souvent une demi-heure et plus sans appareil) tenait aux lésions du larynx et à un état d'œdème chronique de la glotte, l'occlusion n'en était pourtant pas complète : mais le canal aérien était notablement rétréci.

M. HOUEL. La permanence de la déglutition dans des faits de ce genre a été signalée déjà plusieurs fois. La destruction de l'épiglotte n'empêche pas les malades d'avaler les solides, elle ne gêne que l'ingestion du liquide. La langue en se portant en arrière, et l'œsophage, en se portant en avant, suppléent à l'absence de ce cartilage. Quant à la déglutition des liquides, elle se fait surtout latéralement.

M. CARTAZ. Ici, cette explication physiologique ne saurait convenir, au moins pour ce qui concerne le mouvement de propulsion en arrière de la langue, puisque cet organe était constamment pendant hors de la cavité buccale. D'autre part, la destruction des piliers et des muscles du pharynx est telle, qu'il est difficile de concevoir comment pouvait encore se faire la déglutition.

**7. Embolie (?) cérébrale consécutive à un accouchement ;**  
par M. COLIN.

Le malade sur laquelle a été recueillie cette pièce se trouvait dans des conditions fort mauvaises au moment où l'accouchement commença : elle avait de la dyspnée, de la cyanose, et de l'œdème des jambes. L'accouchement se fit pourtant assez bien, mais cinq heures après, elle fut soudainement frappée d'une hémiplegie gauche complète, qui entraîna sa mort au bout de quelques heures.

On trouva à l'autopsie un caillot fibrineux dans la sylvienne droite : le corps strié et la circonvolution de l'insula ne présentaient encore aucune lésion. Le cœur était sain, à part quelques granulations blanchâtres situées au niveau de l'insertion de la valvule mitrale ; on ne trouva aucune végétation d'endocardite. Pendant la vie, on avait entendu, à la pointe du cœur, un bruit de souffle systolique.

M. CHARCOT. Je ne crois pas qu'on puisse voir dans ce cas un fait bien démonstratif d'embolie. Qu'il y ait eu oblitération vasculaire rapide, le fait n'est pas douteux ; mais on peut tout aussi bien l'interpréter dans le sens de la thrombose. Un caillot a pu se développer lentement sur un point de l'artère sylvienne, jusqu'au moment où la circulation est venue à être subitement entravée, donnant lieu à des phénomènes tout à fait comparables à ceux de l'embolie. Ici, il est vrai, les artères de la base du cerveau sont saines, et ne présentent pas de plaques d'athérome, point de départ habituel des coagulations spontanées ; mais le cœur et la valvule mitrale sont également sains, en sorte que dans la théorie de l'embolie, l'origine de l'embolus ne saurait être déterminée. Quant à la brusquerie du début des accidents, ce n'est pas une preuve suffisante, j'en ai déjà dit, pour faire rejeter l'idée d'une thrombose. La circonstance que le caillot est à cheval sur une bifurcation artérielle n'est pas plus démonstrative, car tous les caillots, autochtones ou emboliques, se comportent de la même manière.

Cette discussion se rattache à une question qui revient maintenant à l'ordre du jour ; c'est la possibilité de thromboses périphériques, qui sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit. On a peut-être abusé de l'embolie, à cause de la facilité d'explication qu'elle fournit aux phénomènes clini-

ques. Le cas actuel me paraît douteux à cet égard, malgré l'apparente netteté des accidents. On trouve en effet souvent, quand on les cherche, des coagulations fibrineuses dans les artères cérébrales, et l'on n'est autorisé à les considérer comme la cause immédiate de la mort, que quand on voit le caillot distendre absolument, à le rompre, le calibre du vaisseau. Ici, il est bien probable que le caillot a produit la mort, mais le mécanisme doit en être réservé. Les cas de thromboses spontanées se rencontrent surtout chez les cancéreux ; mais au point de vue de la coagulabilité du sang, l'état puerpéral n'est pas sans présenter quelques analogies avec le cancer.

**8. Angine syphilitique ou scrofuleuse ancienne ; — Ulcération de la carotide interne ;** par M. LANDRIEUX, chef de clinique.

Cette pièce a été recueillie dans le service de clinique de M. Lasèque, sur un homme atteint d'angine pharyngée ulcéreuse depuis 2 ans. Cette angine avait fini par amener l'hypertrophie et l'induration chronique de toute la gorge et du larynx : les piliers de l'isthme du gosier étaient remplacés par deux excroissances charnues. Dans le cours de son affection, il était survenu aux jambes des tumeurs gommeuses qui avaient cédé à l'emploi de l'iodure de potassium ; mais la lésion pharyngée résista à tout traitement. Il y a huit jours, sans cause appréciable, il eut une hémoptysie très-considérable ; celle-ci se reproduisit deux jours plus tard, et amena la mort en quelques instants.

A l'AUTOPSIE, on ne trouve aucune lésion gommeuse dans le foie, les reins et les autres viscères. Les gommeuses des membres ont disparu sans laisser des traces. Localement, il existe sur la gorge de l'angine hypertrophique, de la pharyngite chronique ulcéreuse avec périostite et érosions de la face antérieure des corps vertébraux. — Latéralement, on voit du côté gauche une ulcération linéaire, faisant communiquer le tronc de la carotide interne avec le pharynx. Cette fissure a été l'origine de l'hémoptysie foudroyante.

**9. Section d'une artère par un os fracturé ;** par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

M. MOUTARD-MARTIN fait voir une artère de la jambe qui a été sectionnée comme avec un instrument tranchant par un fragment d'os fracturé. Un pareil exemple de section est rare ; le plus habituellement la déchirure est machée, ou bien il



s'agit d'une ulcération produite par le frottement de l'arête osseuse sur les tuniques vasculaires.

#### 10. Tumeur du testicule.

M. MOUTARD-MARTIN montre également une volumineuse tumeur du testicule remontant à un an, qui a été enlevée par M. B. Anger. Malgré son volume, elle n'a donné lieu à aucune ulcération de la peau, et le cordon spermatique ainsi que les bourses ne sont pas envahis. — C'est ce qui a décidé à tenter l'opération malgré le grand âge du malade (76 ans.) D'après l'apparence extérieure et l'état lardacé de la tumeur, il est probable qu'il s'agit cependant d'une production maligne, sarcome ou carcinome. L'examen histologique n'a point été fait.

#### 11. Tuberculisation généralisée chez un enfant de cinq mois. Méningite et lésions du cerveau: granulations tuberculeuses sur l'endocarde; par M. LETULLE, externe des hôpitaux.

Henri B., âgé de 5 mois 1½, est admis à l'hôpital temporaire le 21 juin 1874, (service de M. DAMASCHINO).

Sa mère, qui le nourrit depuis sa naissance, est atteinte d'une phthisie pulmonaire avancée: elle tousse depuis longtemps, a eu fréquemment des hémoptysies; en ce moment, elle rend une expectoration muco-purulente abondante, et l'on constate tous les signes d'une excavation au sommet droit, ainsi que des râles cavernuleux au sommet gauche. Son enfant a toujours été très-chétif depuis sa naissance.

Depuis quelques semaines toutefois, il a beaucoup maigri; et tousse. Enfin il y a quelques jours, elle a remarqué qu'il tenait constamment sa tête dans l'extension forcée, criant beaucoup quand elle voulait la redresser.

*État actuel.* — Enfant chétif, d'une maigreur extrême; cha-pelet rachitique; abdomen volumineux; les extrémités articulaires sont un peu nouées. L'enfant tient la tête rejetée en arrière, mais on peut vaincre assez facilement cette position, et, en soutenant la tête dans la main, constater qu'il n'y a pas à proprement parler, de contracture des muscles de la région cervicale postérieure. — La tête est assez volumineuse; la fontanelle antérieure est large et bombée, paraît soulevée par la substance cérébrale. — Pas de vomissements, ni de strabisme; aucune convulsion. — L'enfant tousse un peu; on entend quelques râles humides, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

23 juin; même état, pleure et cris toujours beaucoup. Aucun phénomène d'excitation.

25. Convulsions à plusieurs reprises, hier soir et dans la nuit. Ces accidents se répètent le lendemain. — 27. La contracture des muscles extenseurs de la tête est plus marquée que les jours précédents, pas de vomissement.

28 juin. Les yeux sont tournés constamment à droite; strabisme, qui apparaît sitôt qu'on attire l'attention de l'enfant à gauche, inégalité des pupilles, contracture très-marquée des muscles de la nuque. Contracture des extrémités, doigts dans la flexion; contracture des muscles fléchisseurs des pieds. — Mort le 29.

**AUTOPSIE** le 30 juin. — *Cavité crânienne; méninges.* Semés de granulations tuberculeuses disséminées, surtout nombreuses à droite.

Congestion notable des méninges recouvrant l'hémisphère cérébral droit, plus intense toutefois vers la partie moyenne de cet hémisphère, aussi bien sur la face convexe, que dans la scissure interhémisphérique, où l'on trouve un noyau d'hémorragie sous-méningée de la largeur d'une pièce de 20 centimes. — Sur les différentes coupes, congestion notable de la couche corticale surtout du lobe occipital droit. Granulations méningées jusque dans la profondeur des sillons correspondant à l'intervalle des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre les ventricules latéraux une quantité considérable de liquide jaune citrin s'en échappe. A droite, au niveau de la couche optique, noyau de ramollissement et hémorragies capillaires, surtout au niveau de la portion intraventriculaire. Le trigone cérébral est ramolli, sans traces de suffusion sanguine. — Moelle et ses enveloppes, rien à noter.

**Thorax.** Poumons volumineux, indurations jaunâtres par places, surtout à droite. Emphysème; fonte purulente de nombreux alvéoles emphysémateux, qui donnent issue, lorsqu'on les ponctionne, à du pus jaunâtre et crémeux. Au fond des excavations ainsi formées on aperçoit l'orifice de la bronchiole. Ce sont donc de petits abcès pulmonaires liés à de la bronchopneumonie. De plus, granulations tuberculeuses disséminées, plus ou moins volumineuses, surtout sous-pléurales. Sur différentes coupes, même aspect du parenchyme pulmonaire; à droite, près du hile, deux excavations, pleines de pus, et de la dimension d'un noyau de cerise.

**Cœur.** Le péricarde contient un peu de liquide, mais on n'a pu trouver de granulations tuberculeuses. Sur l'endocarde qui tapisse le ventricule gauche, on trouve deux petites masses dures, d'un jaune verdâtre, siégeant l'une au niveau de la paroi interventriculaire, l'autre près du sommet d'un des

pilliers de la valvule mitrale. L'examen, ultérieurement pratiqué, de ces petits noyaux a fait reconnaître qu'ils étaient formés de matière caséuse probablement tuberculeuse. — Les ganglions bronchiques et médiastinaux sont volumineux et caséux.

*Abdomen.* Il existe un peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le foie est volumineux, gras. Sur sa face convexe et la péritoine sous-diaphragmatique se voient d'innombrables granulations tuberculeuses. — La *rate*, volumineuse, contient plusieurs grosses masses jaunâtres caséuses, assez dures à la coupe, occupant différents points du parenchyme splénique et faisant saillie sous le péritoine.

*Reins.* Granulations tuberculeuses disséminées dans l'épaisseur des deux reins, paraissant toutefois siéger de préférence dans la substance corticale. Les ganglions mésentériques sont caséux pour la plupart, encore peu volumineux.

M. PARROT croit qu'il ne s'agit pas de lésions de broncho-pneumonie, mais de tubercules suppurés.

M. DAMASCHINO persiste à considérer les vacuoles comme des lésions pneumoniques. On trouve en effet dans des points voisins tous les intermédiaires, depuis les noyaux d'hépatisation lobulaire jusqu'aux granulations et aux vacuoles suppurées.

**42. Tumeur de la couche optique du corps strié et du pied de la couronne rayonnante sans anesthésie; par le Dr CHOUPEP.**

(Voir le dessin dans l'album de la Société).

X... âgé de 55 ans, concierge, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. BOURDON) salle Saint-Louis, lit 20, le 15 juillet 1873. Au moment de son entrée à l'hôpital il est dans un état à demi comateux. Les renseignements que l'on nous fournit sur ses antécédents sont les suivants. C'est un homme rangé ne faisant d'ordinaire aucun excès. Pendant le mois de juin dernier, il fut sujet à des crises constantes de céphalalgie, crises du reste peu douloureuses et accompagnées de légers troubles de la digestion. Jusque-là il avait toujours joui d'une excellente santé et, d'après les renseignements, il n'aurait jamais eu de maladie vénérienne du moins depuis 20 ans. A la suite de son indisposition le malade fut envoyé à la campagne. Il y était depuis trois semaines environ, lorsque après avoir été exposé au soleil il fut pris d'une céphalalgie très-vive avec un peu de fièvre; il revint alors à Paris où le médecin qui le vit crut avoir affaire à un cas d'insolation.

Sous cette influence le malade était triste et abattu quand tout à coup, dans la nuit du 13 au 14 juillet, il fut pris d'une sorte d'accès de délire furieux avec cris, vociférations et menaces aux personnes qui l'entourent. Cet état dura 5 ou 6 heures.

A son entrée à l'hôpital le malade est dans un état demi-comateux, il reste couché sur le dos, il répond mal aux questions qu'on lui pose. Le malade fume la pipe, cependant il est facile de constater qu'il n'y a pas d'hémiplégie et la seule trace de paralysie que l'on puisse constater, est un peu d'affaiblissement des muscles de la face à gauche.

Le lendemain le malade est dans l'état suivant : Le coma est à peu près le même qu'hier, ce n'est que difficilement que l'on parvient à exciter le malade. Cependant quand l'on arrive à éveiller à demi le malade, l'on constate que l'intelligence est assez nette ; il répond bien, un peu lentement il est vrai, aux questions, quelque compliquées qu'elles soient, et confirme les renseignements qui nous ont été donnés précédemment.

Il se plaint d'une céphalalgie assez vive, mais qu'il ne rapporte pas à un point précis, elle semble cependant d'une manière générale être occipito-frontale. A la face l'on constate les phénomènes suivants : Il existe une paralysie incomplète du nerf de la 7<sup>e</sup> paire du côté gauche. Les rides du front sont effacées, la commissure labiale, abaissée, celle de droite un peu relevée surtout quand le malade parle. Le buccinato-labial semble bien peu touché puisque le malade peut gonfler ses joues et retenir l'air. L'orbiculaire des paupières du côté gauche est lui-même un peu affaibli quoique très peu paralysé. Il y a également un peu de chute de la paupière supérieure de ce côté, sans aucun autre signe de paralysie du moteur oculaire commun.

Le membre supérieur gauche est moins libre que celui de droite, les mouvements qu'il exécute sont plus lents. — Aucun trouble du côté des sphincters ; le malade a eu depuis hier plusieurs vomissements bilieux sans nausées. Pas de convulsions.

20 juillet. L'état s'est maintenu à peu près le même, cependant de nouveaux symptômes se sont accusés. Il existe en effet maintenant une hémiplégie gauche. Cette hémiplégie est incomplète, mais beaucoup plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur.

20 juillet. L'hémiplégie a présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui coïncident avec un état de somnolence plus ou moins accusé. Ainsi, par exemple, un jour le malade semble comprendre ce qu'on lui dit, il répond aux questions en même temps la paralysie semble diminuer, le

malade peut soulever ses membres un peu au-dessus du plan du lit; puis le lendemain les symptômes sont devenus plus graves et l'on se trouve en présence d'une hémiplegie complète avec perte de connaissance.

Un autre point sur lequel il est bon d'insister, c'est que à plusieurs reprises depuis son entrée à l'hôpital, le malade a eu des accès de délire la nuit, délire assez violent pour nécessiter que l'on s'opposât par la force à ce qu'il quittât son lit. Aujourd'hui on remarque un peu de carphologie du membre supérieur droit, et un léger degré de contracture des membres paralysés. Le malade n'a pas eu de nouveau de vomissements et jamais de convulsions.

Cet état persiste avec les mêmes alternatives jusqu'au 15 août jour de la mort du malade. Dans les derniers jours il y a eu une déviation conjuguée des yeux à droite avec rotation de la tête du même côté.

*Sensibilité.* — Un point sur lequel je veux particulièrement insister c'est la conservation absolue et intacte de la sensibilité dans tous ses modes. Ce point a une importance très-grande. En effet les lésions comme nous le verrons tout à l'heure occupent le siège que l'on est convenu d'assigner aux altérations qui produisent l'hémi anesthésie, et de plus ce malade nous a servi à plusieurs reprises de type pour montrer aux élèves que la sensibilité est conservée dans les paralysies de cause cérébrale. Il n'y avait aucune trace de diminution de la sensibilité. Quand le malade était éveillé il indiquait avec précision les points exacts où on le touchait — Les sens étaient indemnes, la sensibilité à la température et à la douleur parfaitement conservée.

*Autopsie.* L'hémisphère gauche, le cervelet, l'isthme sont parfaitement sains. A droite les circonvolutions sont saines. Nerfs crâniens sains, artères saines. — Différentes coupes, entre autres la coupe mamillaire, permettent de constater les lésions suivantes dans les parties profondes de l'hémisphère droit. — Il existe une *tumeur* du volume d'un œuf de pigeon ayant détruit 1° Toute la partie antérieure de la couche optique; 2° la plus grande partie du noyau intra-ventriculaire du corps strié; 3° la partie inférieure de la couronne rayonnante.

Cette tumeur ne pénètre pas dans la cavité des ventricules. Elle est intimement unie au tissu cérébral et enkystée en aucun point. Sur une coupe elle est d'un aspect gris-jaunâtre et présente dans son intérieur plusieurs foyers hémorragiques.

Au *microscope* c'est une tumeur composée de cellules la plupart rondes et petites, égales et unies dans certains points par des traînées de cellules fusiformes. Quelques vaisseaux

pénétrant profondément dans la tumeur. Pas de trame conjonctive à proprement parler. — Tous les autres viscères sont sains.

RÉFLEXIONS. Nous ferons observer : 1° Au point de vue clinique. *a* Le brusque début des accidents par un accès de délire ; — *b* L'absence complète de phénomènes convulsifs et la rareté des vomissements ; — *c* Le mode d'évolution de l'hémiplégie avec des phénomènes d'amélioration véritable ; — *d* L'absence complète de perte de la sensibilité.

2° Au point de vue des lésions : *a* La marche rapide de la production d'une néoplasie aussi considérable, ou du moins de son accroissement à un moment donné ; — *b* L'existence de lésions de la couronne rayonnante sans *hémi-anesthésie*.

Faut-il attribuer l'absence d'anesthésie à la lenteur du processus d'évolution. L'on sait en effet que les tumeurs peuvent fort bien tout en occupant le même siège que des hémorrhagies ou des ramollissements ne rien produire de semblable au point de vue symptomatique.

### 13. Rapport sur la candidature de M. Raymond au titre de membre adjoint de la société ; par M. MARCANO, interne.

#### *Sur la cirrhose syphilitique.*

Parmi les présentations faites par M. Raymond, à la Société anatomique, il en est deux sur lesquelles nous vous demandons la permission de fixer pendant quelques instants votre attention ; elles ont, l'une et l'autre, rapport à la cirrhose syphilitique, question encore des plus discutées aujourd'hui : l'une d'elles a été reproduite dans la remarquable thèse de notre collègue M. Lacombe.

La question des accidents hépatiques de la syphilis est, comme vous le savez, Messieurs, très-ancienne ; ces accidents tour à tour niés ou affirmés, sont définitivement aujourd'hui admis par la majorité des médecins ; ils ne rencontrent guère qu'un adversaire des plus sérieux qui, avec un talent incontestable, nie leur existence ; M. Després ne voit dans ces accidents qu'un rapport fortuit ; et il refuse nettement à ces lésions leur spécificité. Cette doctrine a contre elle l'examen sans parti-pris, des faits cliniques : et quoiqu'en dise M. Després, l'histologie permet d'assigner à la cirrhose syphilitique, dans l'immense majorité des cas, des caractères spéciaux, suffisants pour la reconnaître.

Sans remonter bien loin dans l'histoire de ces accidents, nous rappellerons que Astruc et Portal les avaient signalés ; mais ce fut M. Ricord qui le premier, compara la gomme du foie à la gomme du tissu cellulaire sous-cutané ; Rayer fit la même

observation : Dittrich, Gubler, Lancereaux, Virchow, M. Parrot chez l'enfant, Hayem, Cornil et Ranvier, M. Vulpian dans ses cours et bien d'autres, ont étudié la syphilis hépatique.

Frerichs a tenté de rattacher à trois formes principales, les lésions que l'on peut rencontrer dans la foie des syphilitiques ; il a admis l'hépatite interstitielle, l'hépatite gommeuse et la dégénérescence amyloïde ; mais, cette dernière variété, fréquente dans la syphilis, et dont M. Raymond dans une autre présentation a montré un exemple, ne lui est point spéciale ; de plus, souvent elle est une complication des deux autres formes.

On décrit surtout l'hépatite interstitielle et l'hépatite gommeuse. Au point de vue microscopique, dans cette dernière forme, il y a, le plus souvent, cirrhose hypertrophique ; le volume du foie est augmenté ; son tissu est dense, serré ; sa surface est le siège de périhépatite ; il y a fréquemment des dépressions, sortes de cicatrices qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'intérieur de l'organe ; sur les coupes, on voit des tractus conjonctifs épais qui séparent en s'irradiant en différents sens, les éléments de la glande hépatique ; ça et là, on rencontre de petits nodules de volume variable, véritables tumeurs siégeant aussi bien à la périphérie que dans les profondeurs de l'organe. L'examen histologique montre que cette cirrhose qui, déjà à l'œil nu, a quelque chose de spécial, offre des caractères particuliers.

Les tumeurs sont constituées par des petits éléments cellulaires, par des noyaux, et au centre, généralement, par de fines granulations graisseuses ; peut-être n'y a-t-il pas toujours dans leur structure, cet arrangement méthodique en couches concentriques signalé par MM. Cornil et Ranvier, et il est certainement bien difficile de déterminer leur nature, rien que par leur composition anatomique.

Les tractus conjonctifs épaissis, qui entourent les lobules, qui les enserrant, en les détruisant en partie ne présentent de particulier que leur constitution massive ; c'est un véritable tissu cicatriciel développé dans le foie ; mais il diffère par-dessus tout de celui de la cirrhose ordinaire, en ce sens qu'il pénètre entre les cellules des lobules hépatiques en suivant les capillaires, et ceux-ci, ainsi que la veine centrale intra-lobulaire, sont augmentés de volume : tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Dernièrement M. Hayem a cherché à montrer dans cette forme un autre caractère distinctif ; d'après lui, dans tous ces cas de cirrhose syphilitique, les lymphatiques du foie seraient considérablement augmentés de volume. Dans le travail que cet auteur vient de publier récemment dans les Archives de

physiologie, il a voulu prouver que toutes les cirrhoses hypertrophiques ne sont pas dues à la syphilis, et il conteste un peu l'importance des caractères que nous venons de rappeler plus haut.

La première observation de M. Raymond est un type complet de cirrhose hypertrophique avec productions gommeuses. M. Hayem ayant également examiné les pièces pour la thèse de M. Lacombe, a reconnu cet état particulier des vaisseaux lymphatiques qu'il regarde comme spécial à la syphilis.

L'hépatite interstitielle syphilitique proprement dite, qu'elle ait l'aspect rubané, ou bien qu'elle soit diffuse, présente les mêmes caractères généraux, moins les tumeurs gommeuses; comme la variété précédente, elle est extra et intra-lobulaire; Comme elle, d'après M. Hayem, elle s'accompagne de péri-lymphangite.

On a eu rarement occasion d'examiner cette forme tout-à-fait au début; favorisé par les circonstances, M. Raymond, chez un homme jeune encore, syphilitique depuis un an, tué par une hémorrhagie cérébrale, a pu voir les premiers développements de l'hépatite. Comme vous l'avez vu, le foie paraissait au premier abord, parfaitement sain, et il fallut la grande habitude de M. Vulpian, pour songer à une lésion spécifique; sur des coupes, le tissu brun-rougeâtre, d'une coloration uniforme, était teinté de nuances grises; il avait d'ailleurs son volume et sa consistance normales.

L'examen histologique, après durcissement convenable, a montré une prolifération très-active des éléments du tissu conjonctif; dans certains points, inégalement répartis sur des coupes, il existe des milliers de noyaux fortement colorés par le carmin; là, ils pénètrent dans l'épaisseur du lobule en suivant les capillaires; ici ils ont détruit les cellules hépatiques, et se sont substitués à leur place; presque partout les gaines des vaisseaux sont chargées de ces noyaux; ainsi, à cette période initiale, essentiellement irritative, la disposition générale de la cirrhose syphilitique se montre: l'intérieur des lobules est pénétré par du tissu conjonctif en voie de développement, et cependant la consistance normale du foie n'est pas changée.

Il importe de faire remarquer que nulle part sur les coupes, il ne s'est montré de petits nodules arrondis, grisâtres, si petits qu'on les suppose; sans aucun doute, ils se seraient développés plus tard.

La rate, comme dans tous les cas où le foie est le siège d'une cirrhose, était dense et augmentée de volume, manifestement hypertrophiée. Le malade avait une teinte ictérique légère; on a discuté aussi pour savoir à quelle période de la syphilis



appartenaient les accidents hépatiques; dans le cas particulier, ils se sont développés vraisemblablement au commencement de la troisième période.

Nous ne voulons pas abuser plus longtemps de votre patience bienveillante, nous vous rappellerons en terminant que cette dernière observation présente encore deux particularités intéressantes; l'homme qui en fait l'objet, était rhumatisant, et cependant à l'autopsie dans le cours du rhumatisme, on a trouvé une endocardite ulcéreuse, ce qui a été nié par certains auteurs, entre autres par M. Lancereaux; en outre il y avait une hémorrhagie du centre ovale; le sang, après avoir détruit la corne sphénoïdale, avait fait irruption dans la cavité arachnoïdienne; or, au bout de 24 heures, existaient entourant le caillot, des fibrilles de tissu conjonctif, sortes de bourgeons charnus pénétrant celui-ci et l'enserrant.

Si la théorie de la pachyméningite, qui suppose que l'hématome est toujours consécutif à la rupture des vaisseaux d'une néo-membrane est vraie dans un très-grand nombre de cas, il n'en est pas moins certain, comme M. Vulpian l'avait remarqué à la Salpêtrière, et comme il l'a montré dans ses expériences, que dans quelques circonstances, ainsi que Bailarger et Parchappe le voulaient, la fausse membrane est consécutive à l'épanchement, et que très-rapidement il se forme des fibrilles conjonctives pénétrant le caillot par le fait de l'irritation de l'arachnoïde, irritation déterminée par le sang épanché, comme dans le cas de M. Raymond.

*Séance du 10 juillet.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**14. Epithéliome développé sur une cicatrice de fistule osseuse articulaire : extension de la néoplasie à une partie de la jointure; par M. CUFFER, interne des hôpitaux.**

Decaux, 52 ans, entré le 12 juin 1874, à l'hôpital de la Charité, (service de M. GOSSELIN.) — A l'âge de 42 ans, ce malade a reçu un coup de pied sur le genou gauche. L'articulation est devenue enflée, douloureuse; les moindres mouvements déterminaient des souffrances très-vives. Le malade fut obligé de prendre le lit et ne put se lever pendant un an environ. Pendant ce temps, l'inflammation d'abord aiguë prit une marche chronique; les mouvements devinrent de moins en moins prononcés et l'ankylose fut complète au bout de quelques mois. En outre des fistules nombreuses se déclarèrent, donnant issue à un écoulement continu de pus.

Jamais le malade n'a remarqué de séquestres, ni d'esquilles. Au bout d'un an, il s'est levé, et pendant 7 ans, il n'a pu marcher qu'avec des béquilles. Les douleurs étaient beaucoup moins vives, mais les fistules ont persisté de même que l'ankylose.

Vers l'âge de 20 ans, la marche fut un peu plus facile. Les fistules se fermaient par moments, mais ne tardaient pas à s'ouvrir de nouveau :

Jamais l'articulation n'a présenté de mouvements. Cet état est resté stationnaire jusqu'à l'âge de 50 ans. Pendant cette longue période, cet homme n'a eu, à aucun moment, des signes de tuberculose. On ne trouve dans sa famille aucun antécédent de tuberculose ni de scrofule.

Nous trouvons donc chez ce malade tous les signes d'une arthrite d'origine traumatique, qui d'abord a été subaiguë et qui est passée ensuite à l'état chronique. Mais ce qui est insolite, c'est la persistance aussi longue de fistules avec une ankylose complète. Il y a environ 15 mois, sans cause appréciable, les douleurs ont reparu, les fistules, principalement celles qui siégeaient en avant du genou, ont cessé de se fermer. Les fongosités qui les recouvraient ont augmenté de volume. Puis, peu à peu, les orifices cutanés se sont agrandis, se sont réunis, formant ainsi un large ulcère recouvert de bourgeons saignant facilement, d'aspect verruqueux, de couleur rougeâtre. — Cette ulcération a marché rapidement, envahissant en même temps les parties superficielles et les parties profondes. La santé s'est altérée ; le malade a maigri de plus en plus.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constata, en avant du genou, au niveau du ligament rotulien, une excavation large, profonde, anfractueuse, dirigée d'avant en arrière, semblant se prolonger jusqu'à l'espace intercondylien et présentant sur toute sa surface des bourgeons énormes semblables au premier abord à des fongosités de tumeurs blanches, ou à certaines végétations syphilitiques.

Mais la marche de l'affection, l'absence complète d'antécédents syphilitiques firent rejeter ce diagnostic et M. Gosselin les considéra comme étant de nature épithéliomateuse. Les ganglions inguinaux étaient augmentés de volume, mais ne présentaient pas la dureté et les bosselures que l'on remarque souvent dans les cas de tumeurs malignes. La peau voisine de l'ulcération du genou était rouge, adhérente aux tissus sous-jacents.

Un liquide sanieux et infect sortait en abondance de l'excavation dont nous avons parlé. Les fongosités étaient tellement abondantes qu'il était impossible de porter le stylet sur

les surfaces osseuses. Il est probable que cet épithéliome du genou est du genre de ceux que l'on voit quelquefois se développer sur les tissus cicatriciels, et auxquels on donnait autrefois le nom d'ulcères verruqueux.

Outre toutes les lésions précédentes, on remarquait au-dessus du genou un gonflement considérable que l'on pouvait considérer comme une hyperostose du fémur, mais qui, en réalité, dépendait, ainsi que l'a montré l'examen anatomique, de l'extension de l'épithéliome aux tissus environnants. — M. Gosselin pratiqua l'amputation de la cuisse à la partie moyenne le 5 juillet.

*Examen anatomique.* — Le genou présente une ankylose osseuse. Dans certains points le tissu osseux du fémur se continue presque sans ligne de démarcation avec celui du tibia, la rotule est soudée au fémur. Dans d'autres points, l'ankylose se fait par jetées osseuses, par stalactites les unes éburnées, les autres plus ou moins aréolaires.

La partie supérieure du tibia se laisse facilement déprimer; des travées osseuses de nouvelle formation circonscrivent des espaces remplis de moelle de couleur grisâtre. La rotule présente une excavation recouverte de bourgeons de même aspect que ceux des parties molles. Au-dessous d'eux on remarque une ostéite raréfiante très-manifeste.

Les muscles ont subi la dégénérescence graisseuse. Les autres tissus périphériques présentent une consistance et un aspect lardacés. Ce sont ces dernières lésions qui donnaient au-dessus du genou la sensation d'une hyperostose ou d'une tumeur du fémur. Les ganglions poplités sont augmentés de volume et ramollis. Quant à l'ulcère lui-même, il présente l'aspect et les particularités que nous avons indiqués plus haut dans le cours de l'observation.

*L'examen microscopique* a été fait par M. Cornil. — On trouve dans les bourgeons, les éléments caractéristiques de l'épithéliome pavimenteux lobulé. Ce sont des globes épidermiques en quantité considérable.

La portion ramollie de l'extrémité supérieure du tibia et celle de la rotule présente des cavités remplies de moelle embryonnaire au milieu desquelles on voit également des bourgeons épithéliaux.

M. ORY. A propos de ce fait, je rapporterai l'exemple d'une femme de 72 ans, soignée dans le service de M. Trélat pour un épithéliome développé sur la cicatrice d'un ancien cautère.

M. CHARCOT. Les faits de ce genre ne sont pas rares à la Salpêtrière.

M. DEBOVE. On peut tirer de la connaissance de ces détails

des applications importantes à la dermatologie. Il existe en effet une catégorie de lupus à marche lente qui après être restés longtemps stationnaires, finissent par se transformer en de véritables épithéliomes, de sorte que dans la seconde phase de leur évolution, on est tenté de croire à une erreur de diagnostic primitive. Et pourtant dans les deux cas il est possible qu'on fût dans le vrai, l'épithéliome s'étant développé sur la cicatrice d'un lupus guéri. Le cas qui a été présenté à cette société, il y a quelques semaines, par M. Cornil rentre peut-être dans cette catégorie.

M. MALASSEZ. Il existe en ce moment à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Lailler, une malade qui porte sur le front et la nuque une lésion qualifiée cliniquement de lupus, et depuis longtemps stationnaire. L'examen microscopique a montré que ce lupus avait la structure des épithéliomes pavimenteux et qu'il reconnaissait pour point de départ les glandes sébacées. Il existe donc des épithéliomes qui présentent cliniquement les mêmes caractères que le lupus. Ici encore, on peut se demander s'il s'agit d'une transformation du lupus en épithéliome, ou bien d'une variété de cancroïde à marche lente, développé sur une ancienne cicatrice de lupus. Sous ce terme de lupus il est bien probable que l'on englobe un grand nombre d'espèces pathologiques différentes.

**15. Kyste de l'ovaire : productions sarcomateuses végétales au niveau des parois ;** par M. TRANSPORT, externe des hôpitaux.

La malade dont nous présentons les pièces est une femme de 44 ans, qui est entrée une première fois (service de M. TILLAUX) à l'hôpital Lariboisière, à la date du 26 juillet 1873.

Pas de renseignements sur le début et la marche de la maladie qui paraît cependant avoir évolué assez lentement. Elle présentait alors un développement assez considérable de l'abdomen. Le diagnostic porté fut : *tumeur fibro-kystique de l'ovaire*.

M. Tillaux se décida à faire une ponction et son diagnostic se trouva vérifié par l'écoulement d'un liquide citrin, non filant. Cette tumeur kystique était donc justiciable du traitement par l'injection iodée. C'est en effet ce qui fut fait, et la malade put sortir de l'hôpital le 20 novembre 1873, sans avoir éprouvé d'accident sérieux après son opération. L'état général était satisfaisant, elle se trouvait beaucoup soulagée.

Ce n'est que le 9 avril 1874, c'est-à-dire environ cinq mois après sa sortie de l'hôpital, qu'elle est de nouveau venue trouver M. Tillaux. Son ventre avait beaucoup augmenté de vo-

lume, la tumeur remontait à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic et gênait beaucoup la respiration de la malade. De plus, elle accusait des douleurs dans les lombes, les fosses iliaques et la région inguino-crurale, surtout du côté gauche. C'est en effet de ce côté que siégeait la tumeur solide. On pouvait assez bien la limiter à travers la paroi abdominale. Du volume d'une tête de fœtus, elle présentait une dureté légèrement élastique. La palpation à travers la paroi abdominale ne faisait sentir de bosselures ni d'inégalités. Le reste de la tumeur était manifestement fluctuant.

La percussion donnait une matité uniforme, aussi bien au niveau de la partie liquide que de la partie solide de la tumeur abdominale. Elle s'étendait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et dans les flancs et les fosses iliaques de chaque côté. Elle était légèrement douloureuse.

Au toucher vaginal, le doigt trouvait le col utérin fortement appliqué derrière la symphyse pubienne, ce qui semblait indiquer un refoulement en arrière de l'utérus qui était ainsi mis en rétroversion. Le cul-de-sac postérieur légèrement effacé, donnait une vague sensation de fluctuation ; rien d'appréciable dans les culs-de sac latéraux ; pas d'abaissement ni d'élévation notable de l'utérus auquel on imprimait des mouvements par l'intermédiaire de la tumeur abdominale.

La malade a eu plusieurs enfants, ses accouchements n'ont rien présenté qui mérite la peine d'être noté. Bien qu'irrégulière, la menstruation se faisait cependant. Chaque époque était marquée par des douleurs dans les lombes, les aines et les cuisses, et souvent la malade était forcée de garder le lit ; quoique moins abondantes, les règles avaient continué à apparaître, malgré le développement de la tumeur. Elle n'a eu ses règles que deux fois dans l'intervalle qui a séparé sa première opération de sa nouvelle entrée à l'hôpital, et M. Tillaux dut remettre à huitaine la deuxième ponction qu'il se proposait de faire subir à la malade par suite de l'apparition d'une troisième époque menstruelle.

Telle est l'histoire de cette femme jusqu'au 22 avril, jour où M. Tillaux fit sa seconde ponction. Je dois ajouter que l'état général était assez satisfaisant, bien que la malade prétendit avoir beaucoup maigri depuis sa première opération. Cette fois, au lieu d'un liquide citrin, la ponction donna issue à un liquide qui ressemblait à du chocolat ; 2 litres  $1\frac{1}{2}$  à 3 litres environ furent retirés. Cette coloration fut attribuée à l'action de la 1<sup>re</sup> opération sur les parois de la poche dont la sécrétion avait ainsi été modifiée, et la teinture d'iode préparée fut injectée sans hésitation dans le kyste. Au bout de dix minutes de contact avec la poche, elle fut évacuée.

Un carré de diachylon servit à boucher la piqure ; une couche assez épaisse de ouate et une légère compression furent appliquées sur l'abdomen, et la malade portée dans son lit où elle se sentit soulagée. Le repos absolu prescrit fut observé.

Les suites immédiates de l'opération ne laissèrent rien à désirer ; l'inflammation suscitée par l'injection ne fut pas trop considérable ni les douleurs assez vives pour nécessiter une intervention active dans le but de prévenir une péritonite consécutive, seuls des cataplasmes laudanisés furent appliqués. Mais au lieu de disparaître comme cela a lieu habituellement dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération les douleurs persistèrent avec une égale intensité. L'appétit de la malade était languissant, elle commença à dépérir, et prit une teinte subictérique assez prononcée. En même temps le ventre prit un développement assez rapide, sa sensibilité à la pression augmenta, et du 10 au 14<sup>e</sup> jour de l'opération, la malade fut prise de vomissements verdâtres.

Il était évident qu'une péritonite subaiguë était survenue, mais eu égard à l'état cachectique dans lequel la malade était tombée assez rapidement, M. Tillaux fit inscrire le diagnostic : kyste de l'ovaire avec dégénérescence carcinomateuse de la poche. Les vomissements persistèrent avec une intensité variable jusque dans les premiers jours du mois de juin. A cette époque, ils parurent laisser quelque répit, et la malade, constipée jusqu'alors, fut prise d'une diarrhée assez intense. Le pouls très-faible variait entre 90-100 pulsations. La température est restée entre 37°,5 et 38° le matin, tandis que le soir, il y avait une légère élévation, et le thermomètre marquait souvent 38°, 39°, 4.

L'état cachectique augmentant de plus en plus, la malade, ne présenta rien d'important à noter jusqu'au 19 juin. A cette date, elle se plaignit d'avoir rendu du pus par le rectum, mais il fut impossible de vérifier le fait, les selles n'ayant pas été gardées. Bien qu'un peu moins tendu, le ventre n'avait cependant pas beaucoup diminué de volume.

A dater de ce jour, la diarrhée augmenta, la malade, ne pouvant supporter aucun aliment, put, néanmoins, malgré son extrême faiblesse, vivre jusqu'au 6 juillet.

L'AUTOPSIE faite le lendemain fit voir des adhérences celluluses considérables à la face péritonéale de la paroi antérieure de l'abdomen. Ces adhérences existaient non-seulement entre le kyste et cette paroi, mais entre les anses intestinales et la tumeur kystique. Une collection d'un pus crémeux existait dans une des poches celluluses formées par les fausses membranes sous la face inférieure du foie.

Les parois du kyste sont épaissies, rugueuses, tapissées de

petites saillies pédiculées ou séniles, dans toute leur étendue. Ces petites masses ont le volume d'un pois ou d'une noisette. A droite, près du bord correspondant de l'utérus, on en trouve un amas beaucoup plus considérable. A gauche siège une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Elle fait corps avec la paroi du kyste et paraît formée d'une quantité de petites tumeurs arrondies fusionnées entre elles sur certains points. Elle répond probablement au siège que l'ovaire occuperait normalement.

La poche a une capacité d'environ 3 ou 4 litres. Par sa face postérieure, elle communique par une petite ouverture de 5 à 6 millim. de diamètre avec le rectum. C'est sans doute au mélange des gaz de l'intestin avec le liquide du kyste qu'est dû l'aspect gangréneux noirâtre de la surface intérieure de la poche.

L'utérus paraît hypertrophié dans sa masse. La cavité centrale est espacée et projetée en avant par une tumeur fibreuse. Le col est porté en avant. Le mésentère renferme de petits ganglions très-hypertrophiés, mais peu durs.

Quelle est la nature de ces petites tumeurs arrondies, pédiculées et sessiles ? Leur consistance est celle d'un tissu mou, granuleux, renfermant beaucoup de vaisseaux. La grosse masse du côté gauche paraît plus consistante. Peut-être est-ce seulement un sarcome kystique de l'ovaire ?

**10. Anévrysme diffus de l'aorte abdominale ;** par M. DEFFAUX,  
Interne des hôpitaux.

M. DEFFAUX montre un anévrysme diffus de l'aorte abdominale, observé chez un homme de 30 ans, mort subitement quelque heures après son entrée à l'hôpital. La poche anévrysmale englobe presque complètement le rein gauche, qui est entouré de caillots. Le sang a fusé jusqu'au voisinage du petit bassin, sans avoir passé de l'autre côté de la ligne médiane. Les limites du foyer sont difficiles à circonscrire. Un des points les plus importants de la pièce est l'existence d'un orifice de communication de l'aorte avec la cavité pleurale, à travers une perforation du diaphragme. La plèvre était remplie d'un énorme caillot de sang, cause immédiate de la mort. Le poumon était appliqué le long de la gouttière vertébrale.

M. HOMOLLE demande quels étaient les obstacles qui s'opposaient à l'envahissement de toute la cavité abdominale par le sang de l'anévrysme.

M. DEFFAUX répond qu'il existait quelques adhérences, à la

vérité très-fragiles, et que d'ailleurs le mésentère servait de paroi interne au foyer de l'anévrysme.

**17. Absence d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte ;** par M. MARTIN, interne des hôpitaux.

M. MARTIN montre le cœur d'un homme atteint de rétrécissement aortique et de cirrhose constatés pendant la vie. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont au nombre de deux ; la troisième valvule manque, on n'en retrouve pas les débris. Toutefois, les deux valvules uniques existantes n'étaient point insuffisantes.

**18. Elections.**

Sur la présentation de M. PASTURAUD, M. le Dr SOCKEEL est nommé membre correspondant de la *Société anatomique*.

**19. Rapport sur la candidature de M. Lorey, au titre de membre-adjoint ;** par M. ORY, interne des hôpitaux.

*De l'inversion des viscères.*

Messieurs, parmi les nombreuses et intéressantes communications de M. Lorey, il en est une sur laquelle je désire particulièrement insister, à cause des rares occasions où l'on est de pouvoir rencontrer des cas de cette nature. Il s'agit d'une *interversiön incomplète des viscères*.

A l'autopsie d'une femme jeune encore, morte dans le service de M. Millard, en juin 1874, M. Lorey vérifiait le diagnostic qu'il avait pu établir durant le séjour de la malade à l'hôpital. Vous avez entendu l'observation du fait, et pu vérifier l'exactitude de la description sur les pièces qui ont été présentées, je crois donc inutile d'insister longuement sur les particularités qui vous ont été signalées.

Geoffroy Saint-Hilaire, dans son remarquable travail sur la tératologie, a rassemblé quelques exemples d'interversiön d'organes, c'est, dit-il, en 1652 que Riolan paraît avoir publié le premier fait qui excite l'intérêt des savants et des curieux de cette époque. Les faits qu'il cite à la fin de son chapitre sont des exemples de déplacements complets, il regarde comme exceptionnelles les interversions incomplètes, toutefois, il signale comme des observations dignes d'intérêt, l'anomalie observée par Desruelles en 1821, celle de Fournier, décrite dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (article *cas rares*), enfin l'observation de Boujalsky (de Saint-Petersbourg), est



également notée par Geoffroy Saint-Hilaire. Mes recherches un peu rapides, sans doute, ne m'ont permis de retrouver dans nos bulletins qu'un bien petit nombre de faits analogues.

Le cas publié par Martin (T. 4), celui de M. Henriet, l'année passée (1873), sont des cas d'hétérotaxie complète; seul, le cas de M. Debouie (1857), peut être comparé à celui de M. Lorey: Il y a déplacement de l'estomac, absence de rate, mais le foie et les organes thoraciques sont situés et conformés normalement.

Depuis Winslow jusqu'à nos jours, la même incertitude semble régner sur la cause de ces déviations des viscères.

Winslow donnait, en effet, comme explication l'altération primitive des germes. Pour affirmer cette hypothèse, il serait important de voir si pour l'hétérotaxie comme pour d'autres vices de conformation (les doigts palmés, par exemple), l'hérédité a quelque influence, les observations sont muettes à ce sujet. Serres, dans un savant travail d'anatomie transcendante et pathologique intitulé: (*Principes d'embryogénie, de zoogénie, et de tératogénie,*) combat l'idée de l'altération primitive des germes. Cruveilhier, au contraire, tout en constatant le vague de l'explication de Winslow, s'y rattache néanmoins et laisse de côté la théorie de Serres. Or, les lois de Serres établissent que l'arrangement des viscères reste toujours sous la dépendance du principe des connexions organiques; en général, l'organe hépatique paraît en être le régulateur. Voici les termes employés dans cet ouvrage (p. 646):

« L'évolution du foie commande et oblige l'évolution des viscères de l'abdomen et de la poitrine. C'est sous l'action du principe des connexions que s'établit et se coordonne dans l'état normal l'harmonisation viscérale de la poitrine et de l'abdomen. »

C'est l'arrêt de développement du lobe droit du foie, le développement plus considérable du lobe gauche qui serait donc la clef de la transposition. Pour l'ancien professeur du Muséum, les aberrations sus-diaphragmatiques sont soumises aux aberrations du foie et de la veine ombilicale; l'estomac et la rate sont également sous la même dépendance. Les parties sous-diaphragmatiques, étrangères à la veine ombilicale et au foie, étant développées au contraire sous l'influence des artères du cordon, leurs aberrations sont liées à celles de ces artères, elles sont moins subordonnées entre elles.

Dans cette séduisante interprétation, l'origine des changements de position du cœur et de la crosse aortique, serait chez le fœtus: L'atrophie des vaisseaux nourriciers du lobe droit du foie qui entraînerait l'atrophie de ce lobe,

puis comme conséquence éloignée, les déplacements sus-diaphragmatiques apparaîtraient.

Dans le cas de M. Lorey, la veine azygos ne paraît pas avoir subi d'interversion ; de même dans la portion sous-diaphragmatique, le présentateur faisait remarquer que la rate divisée en 9 petits lobules était restée dans l'hypochondre gauche au-dessous du lobe volumineux gauche du foie, à la face postérieure de l'estomac. En outre il n'y avait pas de colon transverse. Enfin les déplacements de l'aorte abdominale et de la veine cave avaient entraîné de notables modifications dans la longueur et le trajet de nombreuses branches vasculaires. Il s'agit bien ici d'un de ces cas d'hétérotaxie incomplète, regardés comme exceptionnels par Geoffroy Saint-Hilaire ; il est donc intéressant de publier de telles observations, car la comparaison de ces faits pourra sans doute contribuer à éclairer la question encore obscure de l'hétérotaxie. C'est dans ce but que j'ai saisi l'occasion de ce rapport pour attirer de nouveau sur ce sujet l'attention des personnes compétentes, ces faits sont, d'ailleurs, très-rarement signalés dans les bulletins de notre société. Nous ferons remarquer en outre que le diagnostic de ces interversions avait été fait durant la vie. L'auscultation du cœur avait mis sur la voie de l'anomalie, une percussion attentive du thorax et de l'abdomen avait permis de soupçonner l'existence des déplacements.

## **20. Note sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts et sur les sections nerveuses du membre supérieur.**

Ce travail a pour but de démontrer que les nerfs radial et cubital ne fournissent de collatéraux dorsaux qu'au pouce et au cinquième doigt, et s'arrêtent à la base des trois doigts du milieu, en s'épuisant dans la peau de leurs premières phalanges ; tandis que les collatéraux dorsaux de ces trois doigts viennent exclusivement des collatéraux palmaires ; c'est-à-dire du médius jusqu'au bord externe de l'annulaire, et de la branche palmaire du cubital pour le côté interne du même doigt. Ce travail réfute par conséquent l'opinion classique, exprimée dans tous les ouvrages d'anatomie, d'après laquelle le radial et le cubital se distribuent à la face dorsale de tous les doigts, en se les partageant par moitié. Il délimite plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici les sphères de distributions des trois nerfs de la main, et permet ainsi de donner plus de précision au diagnostic de certaines lésions nerveuses, en même temps qu'il explique certains faits en apparence anormaux consignés dans les observations de plaies nerveuses jusqu'ici publiées. Sans doute, on doit s'attendre à trouver

encore bien des anomalies apparentes dans la distribution de l'anesthésie à la suite des sections nerveuses, d'une part à cause de la difficulté qu'on éprouve à connaître avec précision l'état de la sensibilité dans certains cas et chez certains malades, d'autre part à cause de l'existence de la *sensibilité supplée ou récurrente*, dont les effets peuvent être variables quant au siège et à l'intensité. Il n'en est pas moins vrai que le travail de M. Richelot établit un rapport plus exact qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour entre l'anatomie et les faits cliniques.

---

*Séance du 17 juillet.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**31. Sac herniaire déshabité. — Persistance de l'orifice de communication avec le péritoine, malgré l'irréductibilité de la tumeur pendant la vie; par ALBERT ROBIN, interne des hôpitaux.**

M. ROBIN montre les pièces provenant d'un malade, mort dans le service de M. Gosselin. Il s'agit d'un ancien sac herniaire déshabité, qui pendant la vie simulait un kyste de la région inguinale. Le fait intéressant de cette observation, c'est que le kyste était absolument irréductible, et qu'on ne pouvait faire refluer une goutte de liquide vers le péritoine, et l'autopsie montra qu'il y avait une communication entre le sac herniaire et le péritoine, capable d'admettre facilement un doigt. L'orifice se trouvait obstrué par un pli de la muqueuse du sac, qui formait valvule, et aussi par un morceau d'épiploon qui venait faire soupape et boucher l'ouverture, toutes les fois que l'on pressait sur la hernie.

M. LEDENTU. Cette pièce est fort démonstrative et elle emprunte un intérêt particulier à ce que cette question est précisément discutée en ce moment à la Société de chirurgie. Les avis des chirurgiens se sont partagés à ce sujet: les uns ont admis que la non-réductibilité de la tumeur est une preuve

absolue de communication du sac avec le péritoine ; les autres, au contraire, ont soutenu que dans ces cas il peut être dangereux de recourir à l'injection iodée.

Les cas de communication péritonéale, malgré l'irréductibilité du liquide constatés pendant la vie, sont rares, mais il en existe des observations péremptoires. M. Houel en 1848 en a cité un exemple. M. Duplay dans sa thèse en rapporte également. Moi-même j'ai eu l'occasion de voir des hydrocèles du cordon tout-à-fait irréductibles, bien qu'ils communiquassent avec la cavité vagino-péritonéale. Le fait est donc incontestable. Quant au mécanisme de cette occlusion, il est beaucoup moins bien connu ; je suis tenté de croire pour ma part que certains replis de la paroi du sac peuvent suffire à obstruer exactement l'orifice herniaire. Il se passe là ce qui se produit pour les kystes poplités, où l'extension de la jambe empêche absolument le liquide du kyste de refluer dans l'articulation du genou.

M. COYNE. La discussion de la Société de chirurgie a porté surtout sur l'hydrocèle des nouveau-nés, or, je crois qu'on n'a pas tenu assez de compte des variétés que peut présenter cette affection. Il y a, en effet, trois sortes d'hydrocèles chez les nouveau-nés. Les unes sont congénitales, ce sont celles où il existe une libre communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Les autres sont passagères et liées à la descente du testicule dans les bourses ; elles tendent naturellement à la guérison et finissent par se résorber ; mais pendant un certain temps la communication vagino-péritonéale persiste, encore que le reflux du liquide dans l'abdomen soit presque impossible. Enfin, il y a un troisième groupe d'hydrocèles, que l'on observe plus rarement chez les enfants syphilitiques, à la suite de lésions du testicule ou de l'épididyme.

M. LEDENTU. Cette dernière variété rentre dans la catégorie des hydrocèles symptomatiques, et ne doit pas nous occuper ici. Mais la distinction qu'a établie M. Coyne entre les deux autres est très-importante et mérite d'être confirmée, ne serait-ce que pour montrer, contrairement à une assertion émise au sein de la Société de chirurgie, que les injections iodées peuvent dans ce cas être fort dangereuses, et sont tout au moins inutiles. Les hydrocèles qui doivent spontanément guérir s'accompagnent en général d'un œdème des bourses et de l'œdème du scrotum.

**22. Sarcome glandulaire de la voûte palatine; par M. COYNE.**

M. COYNE montre une tumeur de la voûte palatine, enlevée par M. Després et qui a été l'objet de la part de ce chirurgien, d'une communication à la *Société de chirurgie*. Cette tumeur est du volume d'un œuf de poule, elle en a la forme ovoïde, elle est lobulée extérieurement et présente à sa périphérie des bosselures de dimensions variables. Sa consistance est assez molle et presque fluctuante au niveau des bosselures les plus volumineuses. Elle est limitée dans toute sa périphérie, par une capsule d'apparence fibreuse qui la sépare nettement des autres parties constituantes du côté du palais. L'épaisseur de cette capsule développée est variable suivant les points, elle envoie dans l'intérieur une trace également fibreuse, transversale, très-épaissie et qui divise la surface de la coupe en deux parties à peu près égales.

La portion de la tumeur qui est en avant de cette travée est constituée par une cavité kystique du volume d'une noix, limitée dans les deux tiers de son pourtour par la membrane d'enveloppe; de l'angle formé par la réunion de la travée avec la capsule fibreuse, part une végétation proéminent légèrement dans cette cavité kystique. Cette végétation est formée d'un tissu assez mou, compact, jaunâtre, le reste de la cavité est rempli par un magma brunâtre, couleur chocolat, formé de leucocytes granuleux, de fibrine en voie de désintégration granulo-graisseuse, d'hématies à différents stades de destruction et de corpuscules de Gluge contenant dans leur intérieur des granulations pigmentaires d'origine hématique, enfin par des débris de tumeurs formées de l'élément fusiforme plus ou moins granuleux.

Lorsqu'on a enlevé cette bouillie, on s'assure que les autres points de la périphérie de cette poche sont recouverts de saillies arrondies, charnues, dont quelques-unes ressemblent à des circonvolutions cérébrales comme forme et comme disposition extérieure. Quelques-unes de ces végétations sont en voie de destruction, tant elles sont ramollies et commencent à former le magma qui remplissait la cavité kystique. La partie de la coupe qui est au-dessous de la travée transversale est formée par de nombreuses cavités kystiques arrondies, de volume variable et remplies par des végétations arrondies, nettement pédiculées d'une teinte blanc-jaunâtre à la coupe.

Ces végétations sont, les plus grosses, du volume d'une noisette, les plus petites ne dépassent pas les dimensions d'un grain de blé. Leur consistance est plus dense, plus ferme que

celles des végétations que l'on rencontrait dans le grand kyste. La cloison transversale qui sépare la tumeur en deux parties est constituée de la façon suivante : elle semble partir d'une sorte de hile au niveau duquel la capsule fibreuse envoie un volumineux faisceau également fibreux formant la partie centrale de cette cloison, les deux bords de cette cloison dans les parties où ils correspondent aux cavités kystiques sont formés d'un tissu blanc-jaunâtre analogue à celui qui entre dans la constitution des végétations.

On doit se demander quelle a été l'origine de ces cavités et des végétations qu'elles contiennent. Des recherches minutieuses ont été faites pour retrouver à la périphérie de la tumeur des parties dans lesquelles l'altération à son début permit d'établir la filiation des unes et des autres. Ces recherches ont été infructueuses. Mais, toutefois, on doit être frappé de l'analogie qui existe entre cette tumeur et les tumeurs de même nature que l'on trouve dans la glande mammaire, et de cette identité d'aspect extérieur, de composition intérieure, de point de départ, on peut conclure sans crainte d'erreur à un mode de formation le même, dans des traits généraux du moins.

On sait que les tumeurs kystiques mammaires se développent de la façon suivante : le tissu périacineux prolifère abondamment, amène par suite de cette hyperplasie des déformations mécaniques des éléments glandulaires, déformations qui donnent naissance à des lacunes plus ou moins considérables ; plus tard, l'hyperplasie continuant, le tissu néoformé déforme la membrane limitante de l'élément glandulaire repoussé dans l'intérieur de la cavité lacunaire. — C'est ainsi que se forment les végétations intra-canaliculaires. — Nous pensons que c'est ce même processus qui a présidé au développement de la tumeur que nous venons de décrire. — Dans une glande du voile du palais — glandes qui, on le sait, sont acineuses et multilobées — le tissu conjonctif qui environne les éléments glandulaires et les réunit les uns aux autres, a donné naissance à une série de modifications des parties sécrétantes dont le dernier terme a été la production du centre kystique et des végétations contenues dans ces cavités.

*Examen microscopique.* — Sur des coupes étendues faites en différents points de la tumeur, on constate les caractères suivants : La capsule d'enveloppe est formée de tissu conjonctif fibreux, très-dense, séparé de la couche musculaire et de la couche muqueuse du voile du palais par un tissu conjonctif lamelleux fort lâche ; — sur sa face interne, elle est recouverte d'une couche d'épaisseur variable, plus molle, formée d'élé-

ments qui paraissent arrondis et ont les dimensions de gros noyaux. Mais lorsque la coupe a porté dans un sens favorable à leur étude, on s'assure que ce sont des cellules ovoïdes analogues à des éléments fibro-plastiques, pressées les unes contre les autres et donnant naissance à des sortes de faisceaux parallèles. Cette couche d'éléments embryonnaires est, avons-nous dit, d'une épaisseur variable, mais elle est continue et forme la périphérie des cavités kystiques dont nous avons déjà parlé. Le tissu constituant des végétations qui remplissent les cavités est de même nature et constitué par les mêmes éléments anatomiques fusiformes ou ovoïdes.

Les végétations ainsi que le pourtour des cavités kystiques qui les contiennent, sont recouvertes d'une couche d'épithélium aplati, dont les noyaux sont tuméfiés. — Les vaisseaux sanguins contenus dans ce tissu embryonnaire présentent certaines modifications sur lesquelles nous devons insister. — Les veines se présentent sous forme de vastes lacunes remplies d'hématies et de leucocytes, leurs parois sont entièrement embryonnaires et il est impossible de se rendre compte des dimensions des différentes couches qui les constituent à l'état normal. Les cellules endothéliales qui tapissent les limites de la lumière vasculaire sont gonflées; — leurs noyaux beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal proéminent dans la lumière du vaisseau. Cette dernière disposition, indice certain d'une irritation très-marquée, est surtout très-prononcée sur les veines de petit et de moyen calibre.

Dans toutes les artérioles, on constate la disparition de leur gaine conjonctive qui est remplacée par une accumulation d'éléments embryonnaires, de telle sorte que l'on ne peut distinguer cette partie des tuniques artérielles du tissu propre de la tumeur. — Pour un certain nombre d'artères, l'altération des parois s'arrête à ce degré; — la couche moyenne et la tunique interne sont facilement reconnaissables, mais pour d'autres de ces vaisseaux sanguins, toutes les tuniques sont remplacées par des éléments embryonnaires fusiformes qui, cependant, sont disposés circulairement et concentriques à la lumière du vaisseau, ils apparaissent offrant cette disposition et cet aspect immédiatement au-dessous de l'endothélium qui, dans ce cas, présente des traces manifestes d'irritation et proémine dans la cavité. Enfin, d'autres artérioles sont encore plus profondément modifiées: — elles ont cessé d'être perméables au liquide sanguin; — leur lumière est oblitérée par un caillot ancien, très-réfringent et dont le centre est occupé par des granulations pigmentaires brunâtres; — ces derniers vaisseaux se trouvent surtout dans les végétations qui sont en voie de désagréation.

Lorsqu'on étudie avec soin certaines coupes pratiquées dans les parties récentes de la tumeur, on constate ce fait que si la plus grande partie de la surface de section est formée par du tissu embryonnaire, il existe par petits îlots isolés des parcelles de tissu conjonctif ordinaire. Les faisceaux qui les constituent sont très-réfringents, mais moins volumineux qu'à l'état normal.

Les cellules plates qui tapissent les faisceaux sont tuméfiées ; leurs noyaux plus apparents en certains points de ces îlots, les cellules plates en proliférant ont donné naissance à des sortes de nids remplis d'éléments embryonnaires qui, à la périphérie des îlots de tissu conjonctif, se confondent insensiblement avec le tissu sarcomateux.

De ces considérations, nous croyons pouvoir conclure : 1° que cette tumeur n'est pas un adénome, malgré son origine dans une glande ; — 2° qu'elle mérite la dénomination de sarcome glandulaire ; — 3° qu'elle a débuté par un fibrome, suivant la règle et que plus tard seulement, elle a pris le caractère sarcomateux ; — que ces tumeurs doivent être enlevées en totalité avant que le processus irritatif ait dépassé les limites fibreuses de la tumeur. — C'est à cette condition seule que l'opération peut être utile.

M. DESPRÉS. Cette tumeur datait de quinze ans, elle n'a pris d'accroissement sérieux que dans ces derniers temps. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre que cliniquement cette production fut un sarcome. Pendant longtemps elle avait été considérée comme syphilitique, et la malade avait pris infructueusement des quantités considérables d'iodure de potassium. Au point de vue de la marche des symptômes de la durée, elle représente tout à fait ce que l'on est convenu d'appeler l'adénome de la voûte palatine.

M. COYNE. L'examen de la pièce montre que tous les éléments de la tumeur ne sont pas de même nature ni de même âge. Il y a des zones, des îlots où le tissu embryonnaire et les lésions inflammatoires, d'apparence sarcomateuse, dominent. Ces îlots ont successivement envahi la presque totalité de la tumeur. Il s'est donc produit là une double phase dans l'évolution du néoplasme.

Il a commencé par être fibreux, puis il est devenu sarcomateux : les éléments fibreux de la trame fondamentale se transformant en cellules embryonnaires. C'est l'inverse du processus indiqué par M. Verneuil dans certains adénomes sudoripares,



pour lesquels il admet le retour des éléments fibroplastiques ou embryonnaires à l'état de tissu conjonctif.

M. LEDENTU. M. Després au nom de la clinique, M. Coyne au nom de l'histologie, viennent d'énoncer une loi qui tend de plus en plus à se justifier pour toutes les tumeurs ; c'est que l'idée de durée est en rapport avec la structure fibreuse du tissu, et d'autre part que des tumeurs antérieurement bénignes peuvent prendre un caractère malin, au fur et à mesure que leur structure devient plus embryonnaire. On peut en inférer que le diagnostic d'une tumeur bénigne se fonde en grande partie sur la durée de son existence, la lenteur de ses progrès, et la consistance de son tissu : mais que cette même tumeur après une évolution plus ou moins longue est susceptible de se transformer et alors de prendre un accroissement rapide. L'apparence kystique de cet adénome vient tout à fait à l'appui de ce que je viens de dire. Cette apparence se retrouve dans presque toutes les tumeurs glandulaires, particulièrement dans les tumeurs du sein. Or, beaucoup de ces kystes, liés à la présence des tumeurs, ont souvent une évolution très lente, jusqu'au jour où ils grandissent rapidement et prennent les allures des tumeurs malignes. J'en citerai un exemple fort concluant à mon avis.

Une malade du service de M. Richet, avait une tumeur kystique du sein datant de longues années. Cette tumeur avait subi un développement rapide depuis quelques mois. On en fit l'extirpation, et l'on trouva des houpes de tissu nucléaire, sarcomateux, formant des végétations au milieu des kystes. La récurrence ne se fit point attendre, et l'année suivante, à la place du kyste il y avait en apparence un tissu mollasse, fluctuant, d'apparence colloïde. Avant de l'extirper, une ponction explorative donna issue à une grande quantité de liquide séro-purulent ; mais derrière la poche kystique se sentait une production solide. M. Richet l'opéra une deuxième fois, retira une masse de tissu colloïde, et la malade guérit. Une troisième fois, au bout de quelques mois, la répullulation se fit à nouveau, et cette fois, de grands kystes suppurèrent largement : chaque fois, l'examen de la tumeur montrait une prédominance de l'élément embryonnaire et du tissu colloïde. L'opération put être encore pratiquée avec succès. Mais cette année même, une quatrième récurrence s'est produite, et la malade, observée en ce moment par M. Longuet, est actuellement inopé-

nable. Ainsi, voici un exemple d'une tumeur primitivement bénigne, qui devient de plus en plus maligne au fur à mesure que s'accroissent les cellules à noyaux dans l'intérieur de sa trame : ce qui était primitivement un adénome se comporte à la fin comme un cancer.

M. DESPRÉS. J'ai déjà eu l'occasion de rappeler à la société le fait de Velpeau, dans lequel une tumeur adénoïde du sein, examinée par M. Robin et reconnue bénigne a récidivé dix ans plus tard, cette fois avec une marche envahissante et maligne. Ces faits sont du même genre, et la présence du kyste dans les tumeurs du sein est souvent déjà un indice de malignité. Toutefois, il y a évidemment plusieurs types bien différents dont la séparation clinique est encore impossible, car dans la véritable maladie kystique de la mamelle, la tumeur peut rester près de 20 ans stationnaire sans progresser.

M. COYNE. Si le sarcome glandulaire peut rester très-long-temps inoffensif, cela tient à ce qu'il est entouré primitivement d'une épaisse coque de tissu fibreux qui pendant long-temps sert de barrière à l'envahissement du mal.

M. CORNIL. Si le fait clinique est exact, l'interprétation me paraît fausse. On peut admettre le passage du tissu fibreux au sarcome parce que ce sont deux dérivés d'un tissu fondamental commun, le tissu conjonctif : mais jusqu'ici rien n'autorise à supposer qu'un sarcome puisse se transformer en carcinome encéphaloïde.

**23. Kyste séreux congénital de la nuque et du cou chez un fœtus de quatre mois et demi ;** par M. GUILLAUMET, interne à St-Lazare.

La femme A..., âgée de 30 ans, jardinière, est d'une vigoureuse constitution. Elle a été réglée à 16 ans, mariée à 18. — Dix mois après son mariage, elle accouche d'un premier enfant qui meurt à 7 mois de convulsions. — Au bout de deux ans, 2<sup>e</sup> enfant qui succombe de la même manière à 2 mois 1/2, puis viennent deux autres enfants actuellement vivants et bien portants. Un cinquième vient au monde à huit mois de grossesse et meurt au bout de quinze jours. Le sixième est celui qui fait l'objet de cette observation. Quand elle entre à l'infirmerie, la malade annonce une grossesse de quatre mois, et se plaint de douleurs intermittentes dans le ventre. Elle prétend avoir eu ses dernières règles le 11 janvier, ce qui pouvait faire croire à une grossesse de plus de cinq mois, tandis que

l'examen du col, et la hauteur de l'utérus dans l'abdomen, n'annoncent pas une gestation de plus de 4 mois et demi au maximum.

Le 11 juillet, à 11 heures du soir, elle fut prise de douleurs qu'elle comparait aux douleurs du travail, mais elle ne voulut réveiller personne et continua de souffrir progressivement de plus en plus, surtout à partir de 2 heures, jusqu'au matin ; à 7 heures, quand nous fûmes appelé, la poche des eaux faisait saillie à la vulve ; une légère traction amena l'œuf intact avec le placenta. La malade nous dit alors que la veille de son entrée à l'infirmerie, elle était passée en jugement et en avait ressentie une très-violente émotion. Son enfant, qui d'après son dire avait commencé à remuer quelques jours avant, cessa à partir de cette époque de manifester son existence.

Cinq ou six jours avant cet accouchement prématuré, elle avait éprouvé une douleur assez vive dans le côté droit ; mais, assez dure à la souffrance, elle n'avait pas jugé à propos de se plaindre. L'ouverture des membranes laissa échapper un liquide brun, couleur café au lait foncé, et un fœtus qui nous a paru digne d'intérêt à plus d'un titre. D'abord, l'épiderme macéré se détache en longues lamelles sur presque toutes les parties du corps. Les pieds, les mains, sont le siège d'un œdème aussi marqué à la face dorsale qu'à la face plantaire ou palmaire.

Les membres eux-mêmes n'échappent pas à cette infiltration, et sont un peu plus volumineux que ne le comporterait leur longueur ; mais le liquide y est en petite quantité, il n'a pas altéré sa forme et on distingue très-aisément les muscles. Les téguments de la partie supérieure du crâne participent aussi, bien que faiblement, à cet état général. Le ventre lui-même paraît plus gros qu'à l'état normal.

Enfin, à la nuque, existe une tumeur du volume d'une petite orange, recouverte de téguments d'apparence normale, un peu irrégulière, mais avec une large base d'implantation. La circonférence de base s'étend au dos et jusqu'aux parties latérales du cou. Dans toute son étendue, la tumeur est molle et manifestement fluctuante. On ne perçoit dans son intérieur aucune saillie, aucun corps dur. Au crâne, point de bourrelet osseux. On ne peut apprécier sur l'occipital et sur la colonne vertébrale aucune solution de continuité ; mais, cette exploration est imparfaite à cause de la présence du liquide, et surtout du volume de la tumeur. La pression ne fait pas diminuer la tumeur, ce qui pourrait être un indice de l'absence de communication avec la cavité crânienne. Le liquide de la poche est transparent. Pas de résonnance à la percussion, par consé-

quent, pas de gaz dans la cavité. Faire le diagnostic de cette tumeur, sans l'ouvrir, avec les seules ressources que nous venons d'énumérer, chez un fœtus aussi jeune, et dans l'état de mort, alors que la vie aurait pu fournir de si précieux renseignements, n'était pas chose facile. Aussi avons-nous voulu présenter devant la Société anatomique le sujet tel que nous l'avons reçu, nous réservant postérieurement d'élucider la question par l'ouverture de la poche, et une dissection attentive de ses enveloppes. Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à voir le volume de cette tumeur considérable relativement à l'individu.

En présence de l'infiltration du sujet, on aurait pu croire à une conséquence de l'état général. Mais le volume de la tumeur, et de petits cheveux argentés, déjà visibles à l'œil nu, et très-distincts à la loupe, s'étendant sur presque toute la surface de la tumeur, firent éloigner l'idée d'une altération cadavérique. Bien que l'état du fœtus indiquât une mort remontant à plusieurs jours, la seule présence de ces cheveux montrait qu'il s'agissait d'un cas pathologique dont l'existence avait précédé la mort.

Restait donc l'hypothèse d'une tumeur de nature kystique ou d'une méningocèle et d'un spina-bifida réunies, bien que le spina-bifida de cette région soit une exception. On ne pourrait songer à un hématome, à cause de la transparence absolue du liquide, pas plus qu'aux autres tumeurs de cette région qui se caractérisent par des signes distinctifs et en quelque sorte pathognomoniques.

L'ouverture de la tumeur, faite devant la Société anatomique, donne issue à une dizaine de grammes d'un liquide rougeâtre assez semblable à celui qui s'écoule à la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ponction de certaines pleurésies.

On se trouve alors en présence d'une vaste cavité partout tapissée par une membrane de tissu cellulaire qui contraste par sa couleur blanche avec les tissus voisins. Cette membrane est peu épaisse et fort translucide, assez comparable à une baudruche très-mince. La poche s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la bosse occipitale jusqu'à la région dorsale qui correspond à l'angle inférieur de l'omoplate; mesurant par sa partie convexe 10 cent. et 5 mil., tandis que la distance qui sépare la bosse occipitale de l'angle inférieur de l'omoplate après l'ouverture n'est que de 5 cent. 7 mil. La longueur totale du fœtus est de 19 cent. et 6 mil. La poche est partagée en trois loges. Une grande loge qui est la plus superficielle et deux autres qui se trouvent sur les côtés de la colonne vertébrale séparées de la grande par une sorte de tente étendue de la colonne aux parois latérales, à la

manière de la tente du cervelet; percée à gauche de deux ouvertures circulaires de la largeur d'une pièce de 20 cent.; à droite d'une seule ouverture de la circonférence d'une pièce de 4 franc.

Ce qui montre que ces ouvertures ne sont pas le fait d'une déchirure accidentelle pendant l'ouverture de la tumeur, c'est qu'elles présentent à leur circonférence comme un anneau formé de même tissu, mais plus épais, et que leur bord, au lieu d'être nettement déchiré, est mousse et arrondi. La loge profonde droite s'étend dans la région mastoïdienne jusque derrière l'oreille qu'elle soulève dans la région latérale du cou et au dessus du moignon de l'épaule par l'intermédiaire d'une nouvelle petite poche communiquant avec la précédente à la manière de celles dont nous avons parlé déjà.

Le même phénomène s'observe du côté gauche avec cette différence qu'il n'y a qu'une poche secondaire au lieu de deux. Notons qu'en avant du cou, ces poches semblent n'avoir trouvé de barrière que dans les muscles des régions sus et sous hyoïdiennes. Elles descendent sur les côtés jusqu'à la clavicule et à l'acromion. La dissection des enveloppes nous a démontré qu'aucune communication n'existait avec le crâne ou la colonne vertébrale. Au crâne, aucune ouverture, aucune hernie.

Partout le péricrâne est intact et parfaitement résistant. A la colonne vertébrale aucune trace d'absence de réunion. Il s'agit donc bien d'une tumeur absolument extérieure et sans communication avec le crâne et la colonne vertébrale.

C'est un kyste, un kyste à plusieurs loges communiquant entre elles, kyste considérable par rapport au fœtus qui fort probablement aurait pris encore du développement si la grossesse avait suivi son cours. La vie du fœtus n'était pas incompatible avec cette tumeur qui, n'intéressant aucun des organes indispensables à l'existence, ne jouait qu'un rôle passif. On est donc en droit de songer aux difficultés d'un accouchement à terme, dans ces conditions, et à l'embarras où se trouverait l'accoucheur dans le cas de volume considérable de la tumeur. Ce cas, sans être absolument rare, est cependant loin d'être commun.

**24. Ulcération tuberculeuse de l'anus, survenue dans le cours d'une phthisie généralisée;** par le D<sup>r</sup> LIOUVILLE, chef du laboratoire des cliniques (1).

M..., âgé de 19 ans, serrurier, entre le 31 janvier 1874 dans

---

(1) La pièce, moulée par M. Baretta, se trouve au laboratoire des cliques de l'Hôtel-Dieu.

le service du professeur Béhier, à l'Hôtel-Dieu. Les premiers signes de la tuberculose ont débuté chez lui dans l'hiver de 1872 : à partir d'octobre 1873 il s'y est joint une laryngite persistante, et de la diarrhée. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate sous la clavicule gauche des signes d'induration pulmonaire et des craquements humides ; à droite, il existe une caverne. La diarrhée est persistante, le ventre douloureux, et il est probable qu'il existe des ulcérations intestinales.

L'affaiblissement alla progressant, et la maigreur devint extrême. Dans les derniers jours de sa vie, on remarqua, au pourtour de la marge de l'anus, des ulcérations assez profondes. Ces ulcérations, bien que peu douloureuses au moment de leur apparition, ne laissaient pas de causer une notable gêne pendant l'acte de la défécation. Du reste, elles ne s'accompagnaient pas d'un suintement abondant. Le malade mourut le 12 juillet 1874 ; à l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

*Dans le poumon droit*, une petite caverne et des flots de granulations tuberculeuses ; à gauche, deux grandes cavernes occupant le tiers supérieur du poumon, et mêlées à de la pneumonie fibreuse. — *Dans le larynx*, des ulcérations siègent à la face interne des cartilages aryténoïdes et laissent voir des fragments du cartilage dénudé. Le reste de la muqueuse est épaissi, œdématisé, ramolli.

Dans toute l'étendue de l'intestin grêle se voient de nombreuses ulcérations tuberculeuses de diverses grandeurs. Ces dépressions atteignent sur certains points plusieurs centimètres de diamètre ; d'autres ont à peine quelques millimètres. Les parois de l'intestin donnent la réaction de la dégénérescence amyloïde. Dans l'intérieur du rectum, on trouve de petites élevures et des ulcérations analogues ; mais celles-ci ne se rencontrent que dans la dernière portion de l'intestin. Ces ulcérations sont bien évidemment de nature tuberculeuse : sur le bord de l'une d'elles, on trouve une granulation miliaire jaunâtre.

Enfin, existent à l'anus, proéminent vers le rectum et vers l'extérieur, deux larges ulcérations, dont l'une, de la grandeur d'une pièce d'un franc, a détruit les plis anaux et offre sur sa surface granuleuse, de petites élevures saillantes, jaunâtres, séparées par des intervalles de tissu érodé. Dans quelques points se remarque une légère hyperémie, mais ce n'est pas la vascularisation qui domine, au centre surtout. L'aspect général est plutôt pâle, jaunâtre, et le léger suintement n'est nullement hémorrhagique. Tout autour on distingue de petites saillies, assez bien arrondies, miliaires, et qui paraissent de véritables petites granulations tuberculeuses,

A l'état frais, et après durcissement, le microscope a du reste déterminé très-nettement la nature de ces produits tuberculeux. Dans quelques places le doute, au 1<sup>er</sup> examen, avait pu s'établir un instant, parce qu'il y avait quelques petites saillies avoisinantes, du milieu desquelles s'élevaient des poils, mais après durcissement dans l'alcool, il a été permis de mieux étudier encore la pièce.

De plus, si l'on fait une coupe horizontale par un plan qui passe à un centimètre de l'anus, on voit que tout le pourtour du conduit intestinal, est considérablement altéré par une modification morbide analogue à celles que l'on a rencontrées plus haut.

Les parois, en effet, sont infiltrées, tuméfiées par les produits tuberculeux; dans quelques points, il y a érosion et l'on peut se rendre compte de ce fait: qu'une des ulcérations anales qui dépasse extérieurement la marge de l'anus de près de un centimètre, est la continuation d'une ulcération intestinale interne, qui, elle, remonte assez haut, à près de 2 à 2 1/2 centimètres dans le conduit. — Le microscope démontre également dans cette perte de substance et dans cette altération, des produits tuberculeux infiltrés et granulés analogues à ceux indiqués plus haut.

On le voit donc, la nature de ces modifications pathologiques est bien la même. C'est bien à du tubercule se présentant sous ses formes habituelles dans les tissus malades, que l'on a eu affaire. L'aspect seul est un peu modifié, les conditions d'évolution étant en effet différentes, mais la nature est identique, et c'est là un des points les plus importants à bien constater.

**25. Epithéliome du pied, développé chez un individu affecté de psoriasis;** par M. Pozzi, aide d'anatomie.

Cette pièce a été enlevée sur le pied d'un homme de 45 ans, qui depuis 25 ans est couvert d'une éruption confluyente de psoriasis. Il avait également du psoriasis des ongles et une hypertrophie considérable du derme sous-onguéal, bien que les plaques de psoriasis fissent défaut sur le pied proprement dit. L'épithéliome lui-même avait évolué d'une manière très-lente, car il avait débuté 20 ans auparavant par une petite excoriation qui très-graduellement s'était étendue et creusée.

M. Pozzi présente ce cas en appuyant sur la coïncidence du psoriasis et de l'épithéliome; il rappelle que jusqu'ici on n'a pas signalé le psoriasis cutané comme prédisposant au cancer, tandis que celui des muqueuses, et particulièrement le psoriasis buccal, se complique souvent plus tard d'épithéliome.

M. DEBOVE. Le fait actuel n'est qu'une coïncidence. Des centaines de psoriasiques viennent chaque année se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, et jamais on n'a signalé jusqu'ici qu'ils devinssent sujets à l'épithéliome. D'ailleurs l'assimilation de M. Pozzi du psoriasis de la peau et des muqueuses n'est pas exacte. Le psoriasis de la langue n'est pas du psoriasis vrai, et ne coïncide que fort rarement avec l'éruption cutanée. Dans la dernière séance, on a montré certaines affections de la peau devenant la cause de cancroïdes ultérieurs par les cicatrices qu'elles déterminent. Ici encore, on ne saurait invoquer cette localisation pour le psoriasis, car cette affection, si invétérée qu'elle soit, ne laisse jamais de traces après elle. Il me paraît plus probable que l'ulcération du pied est la cause immédiate du cancroïde.

M. POZZI. Cette ulcération était fort minime, et d'autre part cet individu avait des plaques cutanées sous-onguéales, de l'hypertrophie des ongles, des verrues épidermiques : il était donc prédisposé aux affections du système épithélial, et la plus légère circonstance a pu éveiller la prédisposition.

**26. Cancer généralisé ayant pour point de départ la paroi vaginale ; par M. BOISSIER, interne.**

La nommée L. F., âgée de 47 ans, entre à l'hôpital des Cliniques, le 20 avril 1874, pour un cancer du vagin.

Au toucher, on sent sur la paroi antérieure du vagin plusieurs noyaux indurés, de consistance squirrheuse; le col est mou, ulcéré. — La malade dit s'être aperçue de son mal depuis six mois. — Elle accuse des douleurs dans le ventre, les lombes, toute la jambe droite. — Elle n'est plus réglée depuis quelques mois. Le ventre est gros, douloureux. — On y sent par la palpation deux tumeurs, arrondies, du volume du poing, résistantes, l'une à droite, l'autre à gauche, immobiles. — La malade leur donne huit ans de date. — Les caractères fournis par la palpation donnent l'idée de corps fibreux de l'utérus.

La malade accuse encore des douleurs dans la colonne vertébrale, au milieu de la région dorsale. Elle présente sur le sternum à l'union de la poignée et du manche, une tumeur dure, mate, immobile, acuminée, soulevant la peau qui ne change pas de coloration à ce niveau. — Le volume de la tumeur primitivement est celui d'une petite noix ; — l'auscultation de la poitrine à ce niveau indique que la tumeur n'a



pas de profondes racines et qu'elle siège exclusivement dans le sternum.

L'état général de la malade n'est pas très-satisfaisant, — l'appétit est médiocre, — les chairs sont pâles et molles, — les douleurs vives; il y a de l'insomnie qui nécessite des injections de chlorhydrate de morphine. — Bientôt la respiration est embarrassée. — La malade se plaint à plusieurs intervalles de suffocations. — L'amaigrissement fait des progrès continus. — Au bout de quelque temps l'œdème malléolaire apparaît, envahissant les deux membres inférieurs. — Les tumeurs du ventre grossissant il faut sonder la malade tous les jours; — les gardes-robes sont très-rares. — Dans les derniers temps, la résistance des tumeurs abdominales a fait place en certains points à une fluctuation des plus franches. — La malade meurt le 12 juillet. — La respiration était devenue de plus en plus anxieuse. — Les forces avaient complètement disparu.

**AUTOPSIE.** — *Cavité thoracique.* On trouve les *plèvres* pariétales des deux côtés criblées de plaques blanchâtres, de noyaux durs de la même couleur, — elles sont très-adhérentes. — Les *poumons* sont volumineux. — Sur leur face libre, comme dans la profondeur, se voient des nodules blanchâtres agglomérés; on ne trouve pas la plus petite place qui n'en soit garnie. — Le *péricarde* offre les mêmes lésions que la plèvre; — nodules en plus grand nombre que les plaques. — Ces nodules, comme ceux que l'on voit sur la plèvre viscérale, ont toutes les dimensions depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros haricot. — *Cœur* petit.

*Cavité abdominale.* — Le mésentère présente sur toute son étendue des noyaux et des ganglions hypertrophiés dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Le *foie* est volumineux. — Sa face inférieure est soulevée par des noyaux cancéreux d'apparence lardacée, légèrement ombiliqués, du volume de gros marrons. — Dans la profondeur du parenchyme hépatique, on remarque un grand nombre de ces mêmes noyaux. — Le tissu propre de la glande paraît graisseux et jaunâtre. — L'*estomac*, le *rectum* et les *intestins* sont sains. — Dans les *reins*, on trouve quatre ou cinq nodules blanchâtres, superficiels du volume d'un pois.

*Organes génito-urinaires* : La paroi antérieure du *vagin* est complètement recouverte par des plaques ramollies grisâtres. — L'*utérus* est mou, friable; ses parois sont ramollies. — Sa cavité est remplie d'une sanie ichoreuse. — Le col est ramolli et les lèvres ulcérées. — L'utérus est entouré de 5 poches kystiques qui donnaient lieu pendant la vie aux symptômes de corps fibreux sous-péritonéaux. Elles sont adhérentes au tis-

su de l'organe. — Deux de ces kystes sont situés sur les parties latérales; ils ont la grosseur de la tête d'un fœtus. — Un troisième est situé sur la face postérieure de l'organe — Un quatrième sur la face antérieure réunissant les deux latéraux à la façon d'un lien. — Ces kystes sont remplis d'un liquide brunâtre, visqueux dans quelques-uns. — Ils ne communiquent pas entre eux. — Leur face interne est atteinte de dégénérescence calcaire.

*Vessie.* Près du col, on remarque une plaque blanc-grisâtre, de l'étendue d'une pièce de 2 francs; — *ganglions* préaortiques, volumineux, blanchâtres à la coupe.

*Squelette.* Les trois dernières vertèbres lombaires présentent sur une coupe transversale de leurs corps des surfaces blanc-grisâtres et des points rouges, où l'on reconnaît des traces d'ostéite.

*Sternum.* A l'union de la poignée et du manche se voit une tumeur dure du volume d'un œuf de poule, faisant saillie sur la face antérieure, et s'étendant aussi en surface sur la face postérieure de l'os; elle s'étend latéralement jusque vers les articulations chondro-sternale. — Au niveau de la 2<sup>e</sup> vertèbre du *sacrum*, sur la face antérieure, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, molle, que la pression fait refluer vers le canal sacré.

Une coupe antéro-postérieure et médiane de l'os montre que le corps de la 2<sup>e</sup> vertèbre sacrée a complètement disparu. On voit à sa place une vaste cavité qui communique largement avec le canal sacré.

*Examen microscopique* fait par le Dr C. MONOD, chef du laboratoire de l'hôpital des Cliniques. — Le raclage, fait 24 heures après la mort, donne un suc abondant, présentant au microscope un grand nombre de noyaux volumineux et quelques cellules intactes sans caractères spéciaux. Les coupes ont été faites après durcissement par la gomme et l'alcool, et examinées dans la glycérine après coloration avec le picro-carminate d'ammoniaque. Il n'a pas été douteux qu'il s'agissait dans ce cas de la généralisation d'un *carcinome alvéolaire vrai*. La lésion s'est toujours montrée de même nature dans les points qui ont été examinés. Nous passerons en revue les principaux résultats fournis par cette étude.

1. *Tumeur sternale.* Elle est constituée par un *stroma* fibreux abondant, au milieu duquel se montrent des alvéoles allongées, remplis de cellules volumineuses, à noyaux très-gros, se colorant fortement en rouge par le carmin. Par places, les alvéoles, plus considérables et plus serrés les uns contre les autres, prennent le pas sur le *stroma* intermédiaire

et ne sont plus séparés que par des faisceaux plus ou moins minces de tissu fibreux.

Dans les points où les cellules ont été chassées au pinceau, on distingue un réticulum à travées de plus en plus fines, s'insérant d'une part sur les faisceaux de tissu fibreux qui limitent les espaces alvéolaires, s'entrecroisant d'autre part les unes avec les autres, de façon à constituer une trame élégante, à très-larges mailles, contenant encore quelques cellules non chassées.

*Poumon.* Sur une coupe comprenant à la fois un petit nodule cancéreux et le parenchyme pulmonaire voisin, on aperçoit, d'une part, le tissu pulmonaire, reconnaissable à la disposition caractéristique de nos alvéoles, de l'autre, le tissu pathologique de formation nouvelle. — Le premier ne présente d'autres altérations que celles de la pneumonie épithéliale, le second est de nature cancéreuse. Aux alvéoles normaux s'est substitué un tissu fibreux, creusé lui-même d'espaces cavitaires nombreux, remplis d'éléments cellulaires, véritables alvéoles carcinomateux, tout à fait analogues à ceux que présentait la tumeur sternale. — Sur la limite de ces deux ordres de lésions, on reconnaît encore quelques alvéoles pulmonaires, de dimensions réduites, et séparés entre eux par des faisceaux assez épais d'un tissu conjonctif, riche en cellules, dans lequel commencent à se dessiner des alvéoles carcinomateux. Dans les points envahis par la dégénérescence carcinomateuse, on constate l'existence de vastes dilatations vasculaires.

*Plèvre diaphragmatique.* Des coupes faites au niveau d'un petit nodule cancéreux de la plèvre diaphragmatique et comprenant des parties de plus en plus épaisses de ce nodule, le montrent constitué d'abord par une très-mince couche de tissu embryonnaire, sans caractères particuliers, recouvrant la face externe de très-gros faisceaux de tissu conjonctif qui occupent toute l'épaisseur de la plèvre à ce niveau (il est probable que la coupe est faite au niveau d'un des centres fibreux du diaphragme). Plus loin, cette couche s'épaissit sans prendre encore aucun caractère spécifique ; il s'y joint seulement de très-vastes dilatations vasculaires qui, par places, font saillie sous formes de houppes presque uniquement constituées par des vaisseaux dilatés. Plus loin, enfin, se voit un vrai tissu fibreux contenant des alvéoles allongés remplis eux-mêmes de cellules, présentant en un mot tous les caractères du tissu carcinomateux en voie de développement. — Les dilatations vasculaires persistent en ces points. Ces lésions se poursuivent dans les étroits espaces qui séparent les uns des autres les gros faisceaux de tissu conjonctif dont il a été fait

mention ; elles prédominent toujours à leur face externe.

**Foie.** Triple lésion. — Une *surcharge graisseuse* énorme ; des vésicules adipeuses en grand nombre séparent les lobules hépatiques et pénètrent même dans leur intérieur. — Une *congestion extrême* ; les vaisseaux des lobules très-dilatés, remplis de globules sanguins, courent entre les cellules de l'îlot qui forment une suite de petits groupes isolés les uns des autres par les capillaires sanguins. Enfin, par places les *nodules carcinomateux*, dans lesquels dominent des travées fines, circonscrivent des alvéoles remplis de petites cellules ; dans ces points, les lobules hépatiques ont complètement disparu.

**Reins.** Au niveau d'une des très-petites masses blanchâtres que l'on voyait à la surface des reins, on constate, sur une coupe, qu'au tissu rénal s'est substitué un tissu alvéolaire carcinomateux. Les alvéoles très-serrés les uns contre les autres, remplis par de nombreux éléments cellulaires, ne sont séparés que par peu de tissu fibreux.

Il est difficile en étudiant les parties périphériques de cette altération de se rendre compte de la façon dont la substitution s'est faite. Le seul fait certain, c'est que, dans ces points, les tubes rénaux, qui, dans les parties saines, sont en contact presque immédiat, comme dans le rein normal, sont séparés par un intervalle appréciable comblé par des faisceaux d'un tissu conjonctif très-riche en éléments cellulaires. Le tissu rénal dans les points non dégénérés contient un assez grand nombre de cylindres hyalins coupés en travers.

**Utérus, vagin.** Des coupes faites sur le col utérin et sur la paroi vaginale font découvrir en ces points un tissu carcinomateux alvéolaire, tout à fait semblable à celui de la tumeur sternale. On ne trouve plus trace de tissu normal.

**27. Enchondrome du testicule gauche ayant affecté la marche et les allures d'une orchite chronique ; par M. ZAMBIANCHI, interne.**

Haoscher, 39 ans, a eu autrefois deux chancres, l'un en 1854, le second en novembre 1873, qui n'ont pas été suivis d'accidents constitutionnels ; en décembre 1873, arthrite du genou gauche, peut-être blennorrhagique. En janvier 1874 le malade, qui jusque-là avait eu, d'après son dire, les testicules parfaitement sains et nullement douloureux, ressentit tout à coup, en descendant un escalier une douleur vive dans le testicule gauche ; il remonta immédiatement chez lui et s'aperçut que le testicule gauche avait le double du volume normal, cette douleur fut passagère, mais depuis la tumeur augmenta peu à peu, sans aucun symptôme inflammatoire et sans provoquer

de nouvelles douleurs. — Cet homme entré à Necker, service de M. Guyon (Salle Saint-Jean 10) le 12 mai 1874. Il est lymphatique, mais non amaigri. — Le testicule gauche a le volume d'un œuf d'oie il est régulièrement ovoïde, sans bosselures. Ni l'épididyme ni le cordon ne peuvent être sentis, ils sont perdus dans la masse. Au-dessous, on retrouve le cordon qui a son volume normal. La tumeur est ferme, sans trace de fluctuation, excepté en avant et en bas où se trouve un point fluctuant ou tout au moins très-élastique. — La peau n'est pas adhérente, elle est rouge, mais non enflammée. Pas d'hydrocèle.

*19 mai.* Une ponction est faite au centre de la masse dans le but d'éclairer le diagnostic; il ne sort par la canule que quelques gouttes de sang. — *21.* Poussée inflammatoire portant sur le testicule et le scrotum; la tumeur a beaucoup augmenté de volume, fièvre, vomissements, rien du côté gauche du petit bassin; pas de péritonite. — *23.* L'état est le même, les vomissements continuent.

*26.* Le malade a toujours la fièvre. La face antérieure du scrotum a contracté des adhérences avec la tumeur. La peau à ce niveau est rouge et amincie. — Elle cède et il sort par la fistule un pus jaunâtre.

Le genou gauche est très-douloureux; il se développe au côté droit de la région cervicale antérieure un phlegmon superficiel.

*27 mai.* Cette nuit, il y a eu de l'agitation. La fièvre est modérée. — *28.* On découvre un point fluctuant au côté interne du genou; une incision donne issue à du pus sanguinolent. On craint l'infection purulente. — Les parents du malade l'emmènent chez eux le 28 mai. — A partir de ce moment l'état de cet homme s'améliore et l'on voit la santé générale se rétablir; cependant la tumeur continue de grossir; l'ouverture fistuleuse de l'abcès s'élargit et livre passage à un gros champignon; les adhérences du scrotum s'étendent.

*15 juillet.* M. Guyon pratique la castration. A ce moment l'état général est satisfaisant. Le malade a repris de l'embonpoint, quoique pâle. La tumeur est plus grosse que le poing; elle adhère presque partout au scrotum. Un énorme champignon sanieux, grisâtre, saignant facilement, fait saillie à la partie antérieure à travers une ouverture circulaire du scrotum large comme une pièce de 5 francs. Deux autres champignons, plus petits, ont aussi ulcéré la peau au-dessus et au-dessous du précédent. La dissection est laborieuse; on évite d'ouvrir la tunique vaginale droite. Le cordon qui est gros comme le pouce et dont les éléments ne sont pas distincts, est lié en masse. — La réunion de la plaie se fit bien. La liga-

turb tomba au bout de 7 jours ; aujourd'hui 28 juillet la guérison de la plaie touche à sa fin.

*Examen de la tumeur.* En faisant une coupe d'avant en arrière on voit que le testicule forme une masse grosse comme un œuf entourée par les tuniques adhérentes et épaissies. L'aspect est encéphaloïde ; masse jaunée rougeâtre, ramollie par places, présentant çà et là des grains de pigment. La tunique albuginée participe à la néoplasie. — On sépare avec peine la tunique vaginale très-épaisse et dont les 2 feuillets sont adhérents. Les autres tuniques sont aussi épaissies et adhérentes. Le cordon et l'épididyme sont perdus dans la masse.

*Examen microscopique.* (RENDU et COYNE.) Masse de tissu fibreux et embryonnaire présentant çà et là des flocs de cartilage. Les cellules cartilagineuses sont pressées les unes contre les autres et il y a pas de substance fondamentale. — Les flocs, encore petits, se montrent au centre des canaux glandulaires à mesure qu'ils grossissent, ils écartent la substance embryonnaire qui les environne.

**ES. SARCOMA HYSTÉRIQUE du sein ; par M. ZAKSBERGHI, interne :**

Cette tumeur a été enlevée ces jours derniers à une femme de 49 ans, entrée dans les salles de M. GUYON, à l'hôpital Necker. — Cette malade n'offre aucun antécédent héréditaire et elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été et est encore menstruée régulièrement. Elle a eu 5 enfants, le dernier il y a 14 ans. — Il y a dix ans, elle s'est aperçue qu'elle avait en dehors du mamelon droit une petite grosseur du volume d'une noix roulant sous la peau, douloureuse à la pression et spontanément. De temps à autre, tous les mois, tous les 2 mois un liquide rosé s'écoulait par le mamelon. Ni les douleurs ni l'écoulement n'augmentaient au moment des règles. — La tumeur resta longtemps stationnaire. Il y a 5 ans, elle grossit et devint fluctuante ; une incision donna issue à un liquide sanguinolent, et se referma. Il y a 2 ans, la tumeur devint énorme, une ponction au bistouri en fit sortir près d'un litre de liquide couleur lie de vin. On plaça des mèches dans l'ouverture qui depuis cette époque est restée fistuleuse ; l'ouverture, située en dehors du mamelon, devint bourgeonnante.

*État actuel* (15 mai 1874). — Tumeur volumineuse, développée dans la partie du sein qui est au-dessous du mamelon droit ; elle paraît constituée par des poches flasques, incomplètement remplies ; à côté de ces poches on constate de petites tumeurs dures et arrondies. La tumeur n'est pas adhérente aux parties profondes. La peau n'est adhérente qu'à la partie

antérieur, autour d'un chancre ulcéré qui se trouve à 3 centimètres au dehors et un peu au-dessous du mamelon et qui correspond à l'incision faite il y a deux ans; c'est par là que depuis cette époque se fait l'écoulement; il ne suinte plus rien par le mamelon. Pas de douleurs; pas de ganglions axillaires. Rien dans le sein gauche; l'état général est très-bon.

*Ablation le 24 mai.* — On trouve la tumeur très-adhérente en certains endroits; ailleurs elle s'énuclée facilement. La tumeur est composée principalement de trois poches kystiques assez vastes, remplies d'une bouillie rougeâtre; ces kystes présentent une paroi fibreuse, lisse, à laquelle sont appendus de gros bourgeons fongueux et saignants; une partie de ces bourgeons s'est détachée et nage dans le liquide. — Autour de ces grands kystes, on trouve une certaine quantité de noyaux dont les uns sont constitués uniquement par du tissu de bourgeons charnus, d'autres sont en partie transformés en kystes dont le contenu est ici jaunâtre, là rougeâtre. — La plaie était très-vaste; on la pansa au chloral. — La malade sortit guérie vers le 15 juillet.

*Examen microscopique*, par MM. RENDU et COYNE. La tumeur présente sur une coupe d'ensemble un aspect fort irrégulier: c'est une sorte de tissu aréolaire, anfractueux, creusé d'innombrables vacuoles. — Sur certains points où le développement de la tumeur commence, on peut s'assurer que ces vacuoles sont constituées par des culs-de-sac glandulaires contournés et disposés en arborisations compliquées. — Le contenu de ces culs-de-sac est formé de cellules épithéliales ayant pour la plupart subi la dégénérescence colloïde; quelques-unes graisseuses, de sorte que dans le centre du cul-de-sac, elles sont détruites et transformées en une sorte de bouillie, de là l'apparence kystique qui se retrouve à un haut degré dans les poches plus anciennes de la tumeur.

Autour de ces culs-de-sac se trouve du tissu fibreux; tantôt pur, tantôt mêlé à des traînées d'éléments embryonnaires; suivant l'âge des portions de tumeur que l'on examine. Ces productions de tissu embryonnaire forment en quelques points des amas qui obstruent presque complètement les canalicules glandulaires et ne sont peut-être pas étrangères à la formation des kystes.

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur le mécanisme de la production de cette tumeur, qu'on la considère comme une tumeur kystique développée primitivement par dégénérescence des culs-de-sac glandulaires, ou consécutivement, par suite de l'oblitération des conduits galactophores par les éléments embryonnaires, il n'en ressort pas moins un fait évident, c'est qu'il s'est produit dans le tissu de la glande un

double travail : l'un, intéressant le tissu conjonctif interglandulaire, l'autre la glande elle-même. Le tissu conjonctif se multipliant et proliférant a découpé les acini mammaires en une foule de culs-de-sac inégaux, irréguliers et anfractueux qui donnent à la coupe un aspect caverneux et aréolaire : les culs-de-sac eux-mêmes ont subi une dégénérescence qui a abouti à la formation des cavités kystiques.

*Séance du 24 juillet.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**29. Tuberculisation bronchique et pulmonaire, ayant donné lieu à des phénomènes de compression des veines caves ; Carie de la 3<sup>e</sup> côte ; symphyse cardiaque. — Ulcérations tuberculeuses de l'estomac, ayant amené la mort par hématomèse ;** par M. LOREY, interne des hôpitaux.

Lalanne Paul, 22 ans, ajusteur, entre le 17 juillet 1874, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le D<sup>r</sup> MILLARD, et meurt le même jour.

Bons antécédents de famille et aucune maladie antérieure, jusqu'au mois de décembre 1873, où il entre à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille pour une *bronchite*. Il sort amélioré le 1<sup>er</sup> mars 1874. Mais au commencement du mois d'avril, il a deux hémoptysies abondantes, il rentre à l'hôpital Saint-Sauveur, on le renvoie en convalescence dans son pays, le 29 juin. En arrivant à Paris, à la descente du chemin de fer, il est pris d'un vomissement de sang abondant. On le transporte d'urgence à l'hôpital Lariboisière.

A son arrivée, le malade a encore deux hématomèses considérables : il rejette un sang noirâtre, abondant, comparable à de la suie délayée.

Etat général mauvais : Face grippée, amaigrie et regard inquiet. Teinte subictérique des conjonctives, dyspnée considérable. Les veines du cou, surtout les jugulaires externes, sont gonflées, distendues, saillantes.

L'examen du malade révèle un développement notable du



ventre et ascite. Le foie est hypertrophié et a pris un énorme développement, il dépasse de cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes. La matité a une hauteur de 23 centim.; œdème généralisé des membres inférieurs.

Du côté des poumons, submatité aux deux sommets en arrière. Râles sous-crépitaux humides, disséminés, surtout en arrière, ni toux, ni expectoration. En un mot aucune lésion grave en rapport avec la dyspnée du malade. Matité précordiale étendue; on perçoit confusément les bruits du cœur, qui sont obscurs et mal frappés. A la pointe, on trouve un bruit de souffle sourd et mal défini, sans prolongation du côté de l'aisselle. Pouls petit, *régulier*, filiforme, 124. Langue humide, sale, jaunâtre, pas de diarrhée.

On diagnostique : « Une affection cardiaque, mitrale probablement, avec congestion énorme du foie, œdème des membres inférieurs; ascite, etc... » Traitement approprié. Le malade meurt *une heure* après la visite.

**AUTOPSIE.** — *Cavité abdominale.* — I. Toute la cavité du petit bassin est remplie par un liquide jaune-citron, abondant. — L'intestin et le péritoine paraissent sains. — Le foie est énorme, en voie de dégénérescence graisseuse. C'est absolument le foie de maladies du cœur, à leur dernière période. — Rate, volumineuse, congestionnée, se laisse facilement réduire en bouillie. — L'estomac a ses parois épaissies. La muqueuse est congestionnée, ecchymotique, présentant çà et là, sur les éminences mamelonnées, de petites ulcérations, surtout nombreuses au niveau de la paroi postérieure. L'examen histologique fait par M. Liouville a permis de constater que ces ulcérations étaient d'origine tuberculeuse, les parois de l'estomac étaient envahies par les tubercules.

*Cavité thoracique.* — Plèvre droite adhérente dans toute son étendue; — en cherchant à la décoller, on tombe dans un vaste abcès, constitué par un pus granuleux, caséux, et avoisinant une carie de la 3<sup>e</sup> côte, au niveau de son angle antérieur. La carie n'intéresse que la face interne de la côte, dans une étendue de 4 centim. — Les sommets des poumons présentent des masses tuberculeuses notables. La partie centrale et la base des poumons, n'en offre pas. Au niveau de la base gauche plusieurs foyers superficiels d'apoplexie pulmonaire. — Entre les deux poumons, on trouve une tumeur ganglionnaire énorme. Le cœur et les vaisseaux sont englobés dans la masse. Le péricarde est épaissi, dégénéré, traversé par les ganglions tuberculeux, les deux feuillets de la séreuse sont adhérents. La symphyse cardiaque est totale et complète. — Les veines caves sont comprimées. La trachée comprimée est déviée à gauche, les bronches sont intactes et tous les nerfs

avoisinants sont rejetés en arrière de la masse et échappent ainsi à la compression.

**30. Pachyméningite spinale antérieure, comprimant le plexus lombaire et les nerfs de la queue de cheval : myélite diffuse, surtout péripendymaire; par le Dr RENDU, interne des hôpitaux.**

Marie G... âgée de 34 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été soignée au commencement de l'année 1873, dans le service de M. Rolain, à l'hôpital Necker, pour des accidents nerveux hystérisques mal définis, et pour des douleurs abdominales que l'on avait cru liées à une affection utérine. La malade avait eu autrefois des attaques d'hystérie, et on avait regardé les phénomènes nerveux qu'elle présentait comme relevant de la même cause.

Elle rentra dans le même service le 6 novembre 1873, avec une rétention d'urine qui remontait à quinze jours; elle se plaignait également d'une constipation opiniâtre. On s'aperçut que cette rétention d'urine s'accompagnait d'un notable degré d'affaiblissement des membres inférieurs. La malade soulevait avec difficulté ses jambes: elle pouvait à peine se tenir debout, et quand elle marchait, elle traînait ses pieds en fauchant comme les paraplégiques. Couchée, elle pouvait au contraire manœuvrer avec facilité ses membres inférieurs.

La sensibilité était bien conservée; la malade se plaignait seulement d'engourdissements et de sensations subjectives, de fourmillements et de picotements dans les orteils.

L'exploration de la région rachidienne ne fit reconnaître ni tumeur ni déviation de la colonne vertébrale: les apophyses épineuses n'étaient pas douloureuses à la percussion. La malade accusait pourtant quelques douleurs vagues et profondes dans la région lombaire, sans caractère fulgurant. Mais, point important à noter, à aucune période elle n'a ressenti ces élancements si pénibles qui caractérisent la compression des racines nerveuses. Ces accidents de paraplégie étaient survenus sans cause connue, il y a une quinzaine de jours. D'après la malade, leur début aurait été brusque, presque instantané (?).

La marche de la maladie, à partir de l'entrée de la malade à l'hôpital, fût la suivante: Dans les premiers jours, sous l'influence du repos, et de quelques révulsifs le long de la colonne vertébrale, la paraplégie s'amenda notablement; la marche redevenit plus facile, et les jambes reprirent de la force. Mais l'incontinence d'urine ne tarda pas à succéder à la rétention: il s'en suivit une irritation périnéale à peu près permanente.

Au commencement de décembre, les accidents s'étaient

aggravés : la paraplégie était plus accusée que les premiers jours, la marche était devenue impossible, et les mouvements de la jambe droite dans le lit étaient fort difficiles. La sensibilité était notablement émoussée, surtout dans le membre inférieur droit. La sensibilité réflexe persistait, sans être exagérée. On n'a point noté d'atrophie des masses musculaires.

Le 17 décembre, sous l'influence de l'incontinence d'urine, il se manifesta un phlegmon du périnée et de la fesse droite : cette inflammation avait été précédée, depuis une semaine, par du malaise, de la fièvre et des frissons erratiques. Une incision fut nécessaire ; la plaie qui en résulta se guérit en quelques jours.

A la fin de décembre, il ne restait plus de traces de la plaie périnéale, mais l'état général était mauvais. Des eschares se formaient dans la région sacrée, et sur la fesse droite. Les deux jambes étaient complètement paralysées : la droite absolument immobile, la gauche susceptible encore de légers mouvements de reptation. Toutes deux étaient œdématisées, mais l'œdème était beaucoup plus considérable du côté droit. Quant à la sensibilité, elle était devenue obtuse des deux côtés, mais principalement à droite elle était presque abolie.

Au commencement de janvier, lorsque je pris le service, la malade présentait le tableau des myélites arrivées à la dernière période. Les eschares étaient énormes, entretenaient une suppuration considérable et gangréneuse : la malade en souffrait et avait de temps en temps des frissons erratiques violents : l'amaigrissement faisait des progrès. Les deux jambes, très-œdématisées, ne pouvaient faire le moindre mouvement : il y avait incontinence absolue de l'urine et des matières fécales. L'anesthésie était absolue, et les mouvements réflexes en partie abolis. — La malade succomba le 23 janvier à des accidents de fièvre hectique.

AUTOPSIE. — Toutes les viscères sont sains ; il y a seulement de la dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Le canal rachidien ouvert, on constate l'intégrité parfaite des vertèbres, et l'absence de lésions osseuses. La moëlle et les enveloppes une fois enlevées, il est manifeste qu'il n'existe point à l'œil nu de ramollissement dans la région dorsolombaire : au niveau du renflement lombaire, la dure-mère (vue par sa partie postérieure), montre des points très-congestionnés et des varicosités qui se prolongent sur les régions latérales.

Antérieurement, au contraire, la dure-mère présente des lésions profondes. A partir des dernières vertèbres dorsales, on voit une tumeur ovoïde, oblongue, irrégulièrement mame-

lounée et bosselée, qui adhère intimement aux méninges et paraît faire corps avec elles. Par suite elle offre des adhérences assez résistantes avec la portion antérieure de la moëlle. Cette tumeur est dure et de consistance fibreuse. Elle s'étend sur une longueur de plus de huit centimètres, dans toute la portion lombo-sacrée du canal rachidien, et déborde latéralement la moëlle d'autant plus que l'on s'approche davantage de la queue de cheval. Dans toute la portion correspondante au renflement lombaire, la tumeur est exactement placée au devant de la moëlle, qu'elle rejette vers la partie postérieure du canal rachidien, sans l'entourer complètement. Au niveau de la queue de cheval, au contraire, une partie de la tumeur passe au devant, une autre en arrière des nerfs, de sorte que ceux-ci forment deux masses latérales séparées par du tissu fibreux. Une série de coupes, faites transversalement sur la moëlle à des hauteurs différentes, montrent que le maximum d'épaisseur de la tumeur correspond au renflement lombaire, tandis que au-dessous, elle va s'amincissant, mais s'accroissant surtout par ses portions latérales.

La tumeur, après durcissement, se montre constituée par un tissu fibreux qui double intérieurement la dure-mère, et qui est manifestement une émanation de cette dernière, en un mot c'est de la pachyméningite chronique hypertrophique.

Il était important de voir comment, les racines nerveuses de la queue de cheval se comportent par rapport à la tumeur : or, voici ce qu'il est facile de constater à l'œil nu.

Grâce à la disposition des dernières paires rachidiennes, qui partent de la moëlle en constituant un faisceau de fibres nerveuses parallèles à l'axe principal, les nerfs ont échappé presque tous à la compression. Effectivement, au lieu de traverser obliquement la dure-mère, ils s'insinuent entré l'espace circonscrit par la tumeur et la moëlle sans présenter d'étranglement bien notable. Il est facile de voir que leur gangue cellulaire est assez lâche et qu'ils pourraient subir un tassement plus considérable.

Quant à la moëlle, elle paraît absolument saine à l'œil nu ; elle ne présente en aucun point de foyer de ramollissement et la substance grise se dessine sur les coupes avec la plus grande netteté. Il est probable néanmoins que le voisinage de la tumeur a dû déterminer dans son intérieur des lésions inflammatoires, et c'est en effet ce qu'a démontré l'examen microscopique.

*Examen histologique.* — La dure-mère est excessivement hypertrophiée, et c'est aux dépens de sa face interne que s'est développée la tumeur. Elle est exclusivement constituée par du *tissu fibreux* très-dense, infiltré, sur certains points, de

nombreux éléments nucléaires qui indiquent une prolifération active et un processus inflammatoire. Ce tissu fibreux fondamental est disposé sous formes de lames concentriques parallèles les unes aux autres, mais formant un tout compacte et très-résistant.

Au milieu des travées fibreuses de la tumeur, surtout vers les portions les plus internes et les plus rapprochées de la moëlle, serpentent de nombreux vaisseaux dilatés, à parois embryonnaires, de formation évidemment récente. Ces vaisseaux sont turgescents et remplis de globules sanguins.

Il existe de plus, de distance en distance, de petits *foyers caséux* visibles même à l'œil nu et qui sont remplis par du pus et des cellules épithéliales en régression granuleuse. Ces foyers sont très-nombreux, les uns à l'état de simples lacunes, les autres de véritables abcès d'apparence irrégulière. Tout autour de ces foyers, le tissu fibreux est parsemé et comme dissocié par une production nucléaire très-abondante, ce qui prouve bien qu'il s'agit d'un flot d'inflammation, dont les éléments centraux ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse et sont devenus puriformes. Cette lésion n'est pas la même que celle de la pachyméningite caséuse du mal de Pott, et elle offre plutôt le caractère d'une altération franchement inflammatoire. Il ne semble pas que ces lacunes et ces foyers caséux affectent la moindre connexion avec le système lymphatique de la région.

*Examen de la moëlle.* — Des coupes nombreuses pratiquées sur les différents points de l'axe rachidien, et que M. Coyne a bien voulu contrôler de son côté, il ressort que la moëlle n'est pas atteinte de lésions systématiques, mais qu'il existe de la *myélite diffuse*. Les altérations les plus manifestes siègent au centre de l'axe rachidien, au voisinage de l'épendyme. Le *canal central* de la moëlle est complètement rempli par des éléments cellulaires tassés les uns contre les autres, et qui en obstruent tout à fait la lumière. Cette altération, constante à partir de 40 ans, s'est ici montrée d'une façon précoce. En avant et en arrière du canal central, au niveau des tractus qui vont constituer la commissure blanche antérieure et la commissure postérieure, on constate la présence de très-nombreux noyaux, disséminés au milieu des fibres nerveuses et formant sur quelques points de véritables agglomérations en foyers. Toute cette portion se colore vivement par le carmin, et il y a là de la sclérose interstitielle non douteuse.

Mêmes lésions, plus prononcées encore, sur les côtés du canal central, autour des veines latérales périépendymaires, dont la paroi est très-épaissie et remplie de noyaux. Dans le reste de la moëlle, et particulièrement au niveau des faisceaux

antérieurs, les mêmes lésions existent, mais moins nettes. Elles se caractérisent par un épaississement des travées fibreuses qui circonscrivent les divers groupes de faisceaux, et par l'abondance des noyaux qui recouvrent les parois artérielles. Toutefois, il est à remarquer qu'il n'existe en aucun point de la moëlle de sclérose des faisceaux antéro-latéraux, ce qui coïncide du reste avec l'absence de contracture observée du vivant de cette femme.

Quant à la *substance grise*, les lésions qu'on y rencontre sont plus discutables. D'abord, les cellules des cornes antérieures sont absolument saines et non atrophiées, ce qui coïncide avec l'intégrité (au moins apparente) des masses musculaires et l'absence d'atrophie des membres inférieurs. Les cornes postérieures n'ont pas non plus présenté d'altération appréciable.

En revanche, sur un grand nombre de coupes, particulièrement sur celles pratiquées dans le renflement lombaire, aux points D, E, il existe manifestement une diminution de consistance de la substance nerveuse, et même de véritables petits foyers de ramollissement. Ces foyers siègent sur les parties latérales de l'axe gris, entre les cornes antérieures et les cornes postérieures. Leur apparence est-elle due à un durcissement imparfait de la moëlle dans l'acide chromique, ou bien s'agit-il d'un véritable foyer de désintégration ? c'est ce qu'il est difficile de dire. En effet, la moëlle apparaît à ce niveau dissociée, granuleuse ; il existe des lacunes, avec destruction et atrophie des cellules nerveuses. Mais ce qui pourtant peut faire croire qu'il ne s'agit pas là d'un simple ramollissement artificiel, c'est qu'à ce niveau les vaisseaux sont nombreux, très-congestionnés, et qu'ils présentent sur leur surface un nombre de noyaux beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. De plus, on voit sur plusieurs coupes, à ce niveau, de véritables amas nucléaires qui témoignent d'un processus inflammatoire. — Les *racines nerveuses* ne sont pas atrophiées et ne paraissent pas avoir subi d'altérations sensibles.

RÉFLEXIONS. — Ce fait est un exemple fort rare de pachyméningite spinale hypertrophique antérieure du renflement lombaire. Jusqu'à présent, la plupart des observations de ce genre ont trait à des cas de pachyméningite cervicale, et lorsque la lésion siège à la région dorsale ou lombaire, elle s'est rencontrée comme complication du mal de Pott. Dans ces conditions, c'est une pachyméningite spinale postérieure que l'on observe. Sous ce rapport le fait actuel constitue donc une double exception, puisque d'une part la lésion s'est manifestée spontanément, indépendamment de toute lésion du corps

des vertèbres, et d'autre part, puisqu'elle affecte exclusivement la moitié antérieure de la dure-mère, à la région dorsolombaire. Les recherches que j'ai faites dans les auteurs ne m'ont pas fait connaître un seul exemple analogue.

J'attire également l'attention sur quelques points de l'observation clinique de la malade, qui s'écartent du tableau habituel que l'on rencontre dans les cas de compression lente de la moelle. Ici, la malade n'a jamais passé par la période des douleurs fulgurantes rachidiennes symptomatiques de la compression des racines nerveuses. Nous avons vu que cette anomalie s'expliquait par l'état de ces racines, qui en réalité n'étaient pas comprimées par la tumeur d'une façon appréciable. La sensibilité, contrairement à ce qui se voit dans les cas de compression spinale, s'est émoussée, puis abolie de bonne heure, et les phénomènes paralytiques ont progressé d'une façon parallèle au point de vue de la motilité et de la sensibilité. Il faut conclure de ce fait que le travail de myélite centrale constaté à l'autopsie était en train de s'opérer, au moment où se développait la tumeur des méninges. Il est à remarquer de plus que l'anesthésie et la perte du mouvement ont toujours été plus marquées dans le membre inférieur droit que dans le gauche : ce qui suppose probablement une compression plus forte sur la moitié droite de la moelle au de la queue de cheval : à aucun moment on n'a pu constater les troubles de la sensibilité croisés que Brown-Séquard a signalés dans l'hémiparalgie.

Enfin, bien que la compression portât exclusivement sur la portion antérieure de la moelle, les cornes antérieures de l'axe gris ont été trouvées saines, et leurs cellules parfaitement normales, ce résultat est en rapport avec l'absence d'atrophie musculaire constatée cliniquement sur le vivant. Je dois pourtant ici faire une réserve, attendu que les muscles n'ont pas été examinés au microscope, et qu'il est possible que leurs fibres eussent subi un certain degré de dégénérescence, sans que pour cela leur aspect à l'œil nu eût été modifié.

M. JOFFROY. Dans la pachyméningite cervicale hypertrophique la période des douleurs ne fait jamais défaut, ce qui tient à ce que l'épaississement de la méninge s'étend aussi bien en arrière qu'en avant, et englobe les racines des nerfs. Pour le même motif, l'atrophie des muscles des membres supérieurs ne manque presque jamais. Ici, au contraire, grâce à la disposition anatomique que M. Rendu rappelait tout à l'heure, les nerfs ont échappé partiellement à la compression ; mais je ne suis pas convaincu qu'il n'y eût pas néanmoins un

certain degré d'atrophie musculaire: en l'absence d'examen histologique on ne saurait trancher la question.

**31. Nécrose syphilitique du pariétal: méningo-encéphalite consécutive et abcès du cerveau; par M. REMY, interne.**

M. REMY présente les pièces provenant d'une femme syphilitique morte dans le service de M. BLACHEZ. Cette femme avait contracté la maladie en janvier 1873: à la suite, elle eut de la roséole et des plaques muqueuses: rien n'annonçait une syphilis maligne ulcéreuse. En juillet, la muqueuse nasale s'ulcéra, le lobule du nez se détruisit, il se fit une périostose du pariétal. En dépit du traitement les accidents progressèrent, et une large nécrose se forma sur le pariétal droit. La malade devint somnolente, elle eut des accès de contracture dans le bras gauche, puis tomba dans un coma interrompu par des crises épileptiformes.

L'AUTOPSIE fit voir qu'il existait, au-dessous du séquestre, une pachyméningite avec perforation de la dure-mère, qui communiquait avec un abcès du cerveau contenant un pus gangréneux. Simultanément il existait de la périostite ulcérée du tibia. On ne trouva de productions gommeuses dans aucun viscère.

M. HOMOLLE fait remarquer que les accidents graves ulcéreux du système osseux n'ont été précédés par aucune manifestation ulcéreuse du côté de la peau. Il observe également que dans le cas actuel on ne peut invoquer pour expliquer la précocité des accidents, ni l'insuffisance du traitement, ni l'abus des préparations mercurielles, car cette malade a presque uniquement été soumise à la médication par l'iodure de potassium.

M. LACOMBE. Beaucoup de ces syphilis malignes se rencontrent chez des sujets scrofuleux: mais ici, comme l'a dit M. Remy, la malade n'était point scrofuleuse, c'est un point de l'observation qu'il est important de relever.

**32. Invagination intestinale; par M. CADIAT, interne des hôpitaux.**

M. CADIAT présente un exemple d'invagination intestinale survenu dans des circonstances qui ont rendu le diagnostic très-difficile. La malade qui en était atteinte fut prise, il y a quinze jours, de vomissements alimentaires incoercibles, et l'on crut d'abord qu'elle avait un étranglement interne. Sous



l'influence d'un purgatif, le cours des matières se rétablit, et il survint une diarrhée qui persista jusqu'à la mort de la malade. Dans les derniers jours de la vie, il existait une douleur fixe aux environs de l'ombilic et l'on sentait une tumeur qui siégeait à peu près à ce niveau, mais à gauche de l'ombilic.

L'AUTOPSIE fit voir qu'il s'agissait d'une invagination des dernières portions de l'intestin grêle dans le cœcum et le colon ascendant. L'obstruction intestinale n'était pas complète.

M. HOUEL. Cette observation ne s'écarte pas autant du type habituel des invaginations intestinales que le croit M. le présentateur. Bien qu'à *priori* la tumeur semble devoir siéger toujours dans la fosse iliaque droite, c'est un fait d'observation qu'elle se rencontre presque aussi fréquemment à gauche, près de l'ombilic. Relativement à l'absence de vomissements fécaloïdes elle s'explique parfaitement, car l'intestin continuait à être perméable. Les vomissements fécaloïdes se rencontrent surtout dans les cas d'étranglement vrais, siégeant à la portion supérieure de l'intestin grêle.

M. CADIAT. Sans doute les lésions anatomiques sont en rapport avec les phénomènes cliniques observés, mais ceux-ci n'en étaient pas moins d'une interprétation difficile; car il n'est pas logique de songer à une obstruction intestinale chez une malade qui n'a point de vomissements et dont le symptôme principal est de la diarrhée, surtout quand cette diarrhée n'a jamais été sanguinolente.

**33. Pachyméningite spinale caséuse : localisation des foyers caséux dans les espaces lymphatiques ;** par le D<sup>r</sup> V. CORNIL, médecin des hôpitaux.

M. CORNIL met sous les yeux de la société des préparations de dure-mère atteinte de pachyméningite caséuse.

Sur une première série de pièces, recueillies chez un homme mort de mal vertébral, on remarque, au milieu du tissu fongueux décrit par M. Michaud, de petits espaces lacunaires remplis de pus concret, visibles à l'œil nu; sous le microscope, ces lacunes sont remplies par de grosses cellules épithéliales, irrégulièrement disposées, et ayant subi une dégénérescence granulo-graisseuse. Il ne s'agit pas ici de cellules de pus, mais bien d'une prolifération endothéliale.

Dans une seconde série de pièces, recueillies récemment

sur une malade de la Charité qui n'avait point de mal de Pott, on peut voir les détails suivants.

La dure-mère est très-épaisse: un tissu végétant tapisse sa face interne et aussi ses couches les plus externes. Au milieu de ce tissu, comme dans le cas précédent, on voit des espaces remplis de matière caséuse et puriforme. Mais ce qu'ils présentent de remarquable c'est une disposition lobulée et ramifiée, qui rappelle la distribution des vaisseaux lymphatiques. Au premier abord sur une coupe, on pourrait croire à des granulations tuberculeuses, mais à un examen plus minutieux, il est facile de voir que ce ne sont pas de véritables granulations, car les éléments agglomérés qui les constituent ont subi une dégénérescence identique au centre et à la périphérie; ce qui n'est pas le fait des productions tuberculeuses. Sur d'autres points de ces foyers caséux, on peut se rendre compte que les éléments qui tapissent les cavités lacunaires sont de grosses cellules épithéliales ayant subi par place une dégénérescence colloïde.

De ces particularités, M. Cornil croit pouvoir conclure que ces foyers caséux occupent l'intérieur de cavités lymphatiques, et qu'il s'agit là par conséquent de pachyméningites compliquées de lymphangite caséuse.

M. CHARCOT. Pour affirmer cette lymphangite, il faudrait avoir des notions plus exactes que celles que nous possédons sur la distribution des vaisseaux lymphatiques de la dure-mère. Dans toute méningite chronique hypertrophique, on rencontre des lacunes du même genre sans que l'on puisse affirmer qu'elles appartiennent à de véritables espaces lymphatiques. S'il en est ainsi, ce sont des vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation qui se développent en même temps que les bourgeons charnus dont est constituée la majeure partie du nouveau tissu.

#### 34. Anévrysme de l'aorte, par le Dr MAURICE RAYNAUD, médecin des hôpitaux.

M. RAYNAUD montre un anévrysme de l'aorte intéressant à plusieurs titres. On sait, en effet, que M. Marey a émis la théorie que l'insuffisance aortique survenait secondairement aux anévrysmes, par le fait du choc en retour de la masse sanguine sur les valvules sigmoïdes. Or, sur la pièce actuelle, ces valvules, ainsi que l'orifice aortique, sont absolument saines, il n'y a même pas d'hypertrophie cardiaque. La lésion reste exclusivement circonscrite à la crosse de l'aorte: en

amont, près de l'infundibulum, tout comme en aval, au-dessus de la branche gauche, la paroi interne de l'aorte est lisse, et la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades est d'une netteté parfaite.

L'anévrysme lui-même présente deux larges dilatactions ampullaires, l'une au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, l'autre à la terminaison de la crosse, c'est-à-dire aux points de réflexion du cours du sang. En ces régions, il existe de nombreuses plaques d'athérome, la membrane interne de l'aorte a disparu en partie, des caillots stratifiés tapissent le fond de la poche. L'artère carotide gauche est complètement oblitérée par ces caillots.

Le siège de la 2<sup>e</sup> poche anévrysmale avait pu être diagnostiqué sur le vivant, à cause de l'aphonie qui résultait de la compression du nerf récurrent. L'examen laryngoscopique avait fait voir une paralysie complète de la corde vocale gauche.

Les autres artères ne présentaient pas de traces d'athérome : aussi M. Raynaud pense-t-il que le point de départ de l'affection a été une aortite aiguë, qui paraît s'être développée dans le cours ou à la suite d'un eczéma aigu.

### 35. Expulsion d'un germe humain de trois semaines.

M. LONGUET fait voir un œuf humain expulsé par une malade de son service dont les dernières règles ont eu lieu il y a trois semaines, ce qui assigne à la grossesse une date de quinze jours environ. On voit sur un point du placenta, un embryon qui mesure cinq millimètres de longueur, et qui est surmonté par la vésicule ombilicale.

### Élections.

Ont été nommés, au 1<sup>er</sup> tour de scrutin.

*Membres titulaires* : MM. CHOUPPE, RENDU et RICHELOT.

*Membres adjoints* : MM. CARTAZ, DURET, RAYMOND et REY, internes des hôpitaux.

*Membres correspondants* : MM. ROGEAU et GUILLAUMET, internes prévissoires.

*Séance du 31 juillet.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**36. Triple fracture verticale du bassin par compression entre le sol et une poutre. — Déchirure de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Mort sept jours après l'accident; par A. AUGIER, interne des hôpitaux.**

Casimir C., âgé de 57 ans, scieur de long, est amené à l'hôpital Necker, le 20 juillet, (service de M. DÉSORMEAUX), vers 2 heures de l'après-midi : l'accident remontait à une heure, et avait eu lieu de la manière suivante :

Au moment où il était sur une poutre élevée d'où il sciait du bois, une corde s'est rompue, il a sauté au bas de l'échafaudage, mais malheureusement du côté où tombait en même temps la poutre sur laquelle il se trouvait.

Celle-ci, qui avait un volume assez considérable, est tombée sur lui pendant qu'il était encore étendu à terre et il a été ainsi pris entre le sol et la poutre par les diamètres transverses du bassin. Une fois dégagé de dessous ce corps pesant, il n'a pu marcher et s'est fait transporter à l'hôpital.

A son arrivée, on recherche les fractures et on ne constate aucun déplacement appréciable des os du bassin : les cuisses n'ont rien et on ne constate ni allongement, ni raccourcissement des membres inférieurs. A la percussion, on trouve peu d'urine dans la vessie. Le malade remue sans trop grandes douleurs, dans le lit, ses extrémités inférieures.

Dans la soirée, il a besoin d'uriner et ne peut satisfaire ses besoins; on le sonde avec une sonde molle en gutta-percha : elle s'enfonce sans résistance et amène un demi-verre de sang qui paraît mélangé à de l'urine, mais il ne s'écoule pas d'urine.

Déjà, on pouvait soupçonner la lésion de l'urèthre et penser que le malade, dont la vessie dépassait un peu les pubis, l'avait vidée en partie par une déchirure du canal; c'est cette urine mélangée de sang qui était sortie au premier cathétérisme.

*21 juillet.* — Le lendemain, M. Désormeaux parvint à introduire une sonde molle, mais dans une nouvelle tentative pour en mettre une plus grosse, il échoua. — A ce cathétérisme, il y avait eu d'abord issue par la sonde d'une petite quantité de

sang, suivie bientôt d'une urine claire et normale ; — la lésion de l'urèthre était des plus évidentes ; — les bourses étaient d'ailleurs le siège d'une ecchymose noirâtre et qui remontait en arrière jusqu'à l'anus en colorant fortement le périnée.

Le malade ne pouvait pas uriner spontanément. En pratiquant le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc, munie d'un mandrin, M. Désormeaux pénétra de nouveau dans la vessie où la sonde fut laissée à demeure. — L'état général est assez bon, il n'y a pas encore de fièvre, néanmoins le malade commence à exhaler une odeur urineuse nettement prononcée.

Les jours suivants, on continue à laisser la sonde à demeure dans la vessie qui paraît se vider assez bien : l'ecchymose envahit les parties latérales des cuisses et l'aîne de chaque côté pour remonter jusque vers la fesse. On a beau chercher du déplacement de fragments, de la crépitation, de la mobilité, on ne peut constater ces différents signes, et cependant, on ne doute pas qu'il n'y ait une fracture du bassin ayant déterminé la rupture de l'urèthre.

Trois jours avant sa mort, le malade est pris de délire la nuit, et s'agite dans son lit ; il fait une chute de son lit et ne peut y remonter. M. Désormeaux le sonde de nouveau et retire cette fois un liquide putrilagineux noirâtre : il introduit son doigt dans le rectum et il sent la sonde presque sous le doigt : malgré la réalité de l'infiltration d'urine, les bourses, ni le périnée ne sont tendus, oedématisés comme il arrive d'ordinaire dans le cas d'épanchement d'urine ; celle-ci a suivi une voie tout à fait anormale, après avoir formé un clapier au devant de la portion membraneuse, elle s'est infiltrée vers la partie interne et inférieure des cuisses.

Une incision est faite sur la ligne médiane du périnée, et on tombe dans un véritable clapier, où l'on sent la sonde à nu dans l'étendue de plusieurs centimètres. D'autres incisions sont faites sur les cuisses pour en amener le dégorgement. —

Le malade meurt le surlendemain matin : il avait eu, à plusieurs reprises, de violents frissons avant les incisions faites au périnée. — Pendant les trois derniers jours, la température s'est maintenue à 39° et le pouls à 120.

**AUTOPSIE.** — On trouve, la paroi abdominale étant ouverte, une ecchymose sous-péritonéale étendue dans les deux fosses iliaques, — des adhérences dans le petit bassin de la vessie au rectum (qui est à droite), et aux parois antéro-latérales du bassin. — Les reins n'ont subi aucune atteinte de traumatisme ; on constate, à ce moment, que la symphyse du pubis est disjointe et que l'on peut aisément faire basculer les corps du pubis en avant, de plus, il y a fracture de la branche ho-

rizontale du pubis et de la branche descendante, à sa jonction avec la branche ascendante de l'ischion ; cette fracture existe sur les deux os iliaques, en sorte que l'on peut mobiliser les corps des pubis avec les deux colonnes qui circonscrivent le trou ovale et qui les relient à l'iléon et à l'ischion. Ces fractures trouvent leur explication au point de vue du mécanisme dans la fracture verticale qui siège en arrière sur le sacrum, dans sa moitié latérale droite où l'aileron a été attaché par les ligaments puissants de la région.

Comme lésions secondaires, nous devons signaler la fracture de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire. De plus, à droite, la branche descendante du pubis est fracturée et séparée du corps ; enfin, à gauche, la fracture de la branche horizontale du pubis est très-oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant ; il y a une fêlure qui s'est propagée dans la cavité cotyloïde.

La rupture de l'urèthre siège au niveau de la portion membraneuse, un demi centimètre en avant du verumontanum ; la vessie est remplie par une certaine quantité d'urine claire, ce qui prouve que le malade urinait, en grande partie, dans l'espèce de poche (transformée en clapier), située entre les deux bouts de l'urèthre. Cette fracture du bassin nous paraît intéressante au point de vue de la facilité avec laquelle on en conçoit le mécanisme.

Les deux os iliaques ont été pris entre deux forces opposées agissant dans le sens des diamètres transversaux ; le sacrum a commencé à se fracturer au niveau de son aileron droit, dès ce moment, le diamètre transversal du détroit supérieur a pu subir une diminution et ses deux extrémités se rapprochant, les colonnes du pubis se sont rompues de chaque côté par la projection en avant de l'arcade pubienne dont la symphyse subissait en même temps une disjonction ; l'adhérence de l'urèthre au niveau de l'aponévrose moyenne, explique comment il s'est déchiré à ce niveau, au moment de la rupture de cette membrane aponévrotique,

**37, Sarcome kystique du testicule ayant nécessité la castration. — Présence de fibres musculaires lisses et de cellules vibratiles dans la tumeur ;** par M. LAURENT ROBIN, interne provisoire.

X..., employé de commerce, âgé de 21 ans, est entré le 7 juillet à l'hôpital temporaire, (service de M. TERRIER). Il raconte ainsi dans quelles circonstances s'est montrée la tumeur dont il est atteint. L'affection débuta spontanément, au mois de janvier 1874, par une simple augmentation de volume du

testicule gauche, sans gêne, ni douleur; et sans changement de forme dans l'organe, qui resta ovoïde, d'une consistance élastique.

Au mois de mars, le malade voyant que sa tumeur continuait d'augmenter, consulte M. Landrieux qui, considérant l'affection comme syphilitique, fait une ponction simple, et retire 80 et quelques grammes d'un liquide sanguinolent; il prescrit, en outre, le repos au lit pendant quelques jours, et de l'iode de potassium à l'intérieur. A la fin de juin, la tumeur ayant acquis un volume double, le malade prit l'avis de M. Verneuil, qui ordonna une nouvelle ponction, suivie d'une injection de teinture d'iode. — M. Landrieux la pratiqua et retira un peu plus de liquide, de même nature, que la première fois. L'injection irritante resta sans effet.

Huit jours après, le liquide reparut, on fit une troisième ponction qui donna issue environ à 30 grammes de sérosité sanglante: on injecta encore une solution iodée.

Ces diverses ponctions, jointes à des applications successives, d'onguent belladonné, de pommade à l'iode de potassium, restant sans résultat, le malade se décide à entrer dans le service de M. Terrier.

Lors de son entrée, on constate à la place du testicule gauche, une tumeur ovale, lisse, régulière, du volume d'un gros œuf de dinde. — Elle n'est point douloureuse spontanément, ni sensible à la pression. Elle est gênante cependant par sa masse, son poids, par la sensation de pesanteur, et les tiraillements qu'elle provoque du côté des lombes. A sa partie déclive, on perçoit une légère fluctuation, due à la présence d'une certaine quantité de liquide dans la tunique vaginale. Le scrotum est un peu tendu, luisant, mais tout à fait sain; aucune adhérence, aucune ulcération des enveloppes du testicule. — Quelques grosses veines sillonnent superficiellement la peau des bourses. Le cordon paraît sain. Les veines spermatiques sont volumineuses, turgescents; on ne sent point d'hypertrophie ganglionnaire à l'aîne, ni ailleurs.

La santé générale du malade est parfaite. En raison du peu d'efficacité des différents topiques, et de la compression avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo, qui est faite pendant trois semaines, M. Terrier se décide à pratiquer la castration.

L'opération est faite le 29 juillet par un procédé mixte. Après, l'incision couche par couche des 4 tuniques du testicule; l'écoulement de 15 à 20 grammes d'un liquide citrin contenu dans la tunique vaginale; l'énucléation de la tumeur unie en arrière à la séreuse par des adhérences pseudo-membraneuses, tous les éléments du cordon, constituant le pédicule de la tumeur sont embrochés, absolument comme dans l'opération

du kyste de l'ovaire, et serrés par le ligateur Cintrat. D'un coup de bistouri on sépare ensuite la tumeur de son pédicule, ainsi lié par le fil de fer du ligateur. — Aucune trace de suintement sanguin. — Pansement à l'eau alcoolisée.

Le 29, soir : P. 120 ; T. Axil. 39°. (Bouillon, 4 pilule de Cynoglosse).

30. Etat de la plaie parfait. P. 120 ; T. 39°, 2. — (Lavement purgatif, — potage. — 1 pilule).

31. Le malade a très-bien dormi, se trouve bien, demande à manger davantage. — Localement, il existe un léger œdème du scrotum ; les tissus broyés, se mortifient, la plaie entre en suppuration. — (Pansement à l'alcool glycérimé. — Lavement purgatif. — 1 degré.)

7 août. Les 2 broches ne tiennent plus dans le tissu sphacélé et sont retirées. — Le 11, le fil de fer qui liait le pédicule est trouvé dans le pansement ; la plaie est bourgeonnante et a très-bon aspect.

*Examen macroscopique de la tumeur.* — La tumeur a les dimensions suivantes :

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| Diamètre antéro-post.... | 10 c.   |
| — vertical.....          | 6 1/2,  |
| — épaisseur....          | 4       |
| Poids.....               | 277 gr. |

L'épididyme et le cordon n'offrent aucune lésion. — La *tunique vaginale* est partout épaissie, adhérente à l'albuginée. La présence de la tumeur a déterminé une vaginalite hémorragique. — Une coupe de la tumeur, suivant le bord inférieur laisse voir une multitude de petits kystes, de diverses grosseurs, remplis d'un liquide clair, transparent, légèrement visqueux, en certains endroits ne contenant point de spermatozoïdes.

On remarque aussi quelques bandelettes d'aspect fibreux qui traversent la tumeur en divers sens. La consistance du néoplasme est ferme, et on y voit peu de vaisseaux.

Le développement du tissu morbide a refoulé à la périphérie la substance propre du testicule, qui forme tout autour une coque de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, tranchant sur le reste de la tumeur par sa coloration rougeâtre et son aspect finement granulé. La *tunique albuginée*, est amincie, unie à la vaginale, et enveloppe le tout.

*Examen microscopique*, pratiqué par le Dr MALASSEZ. — Le raclage de la tumeur montre qu'elle renferme, parmi ses éléments, un grand nombre de cellules plates, de volume et de formes variés. On en distingue de cylindroïdes, de caliciformes et de tubuliformes. La paroi interne de la plupart des



cavités kystiques, est tapissée par une couche de grosses cellules épithéliales munies de cils vibratiles. — Le stroma de la tumeur est constitué par du tissu embryonnaire et par du tissu fibreux ; sur plusieurs points on observe des travées de fibres musculaires lisses. Il ressort de cet examen que la tumeur appartient au groupe des sarcomes mixtes : l'existence des cils vibratiles et des fibres musculaires établit une grande analogie entre cette forme de tumeur et les kystes multiloculaires de l'ovaire ; c'est exactement la même disposition histologique que l'on observe. — Le pronostic de cette tumeur paraît bénin.

M. COYNE. On a rarement l'occasion de voir ces sortes de tumeurs du testicule. Elles appartiennent, en effet, à une variété dont le point de départ est le tissu conjonctif du corps d'Highmore. La preuve en est que la substance testiculaire est ici complètement déjetée au dehors et forme comme une bande excentrique par rapport au reste de la tumeur. Quant aux kystes, ils sont produits par une ectasie des canalicules séminifères au moment où ils traversent le corps d'Highmore pour aller former l'épididyme.

**38. Epithéliome de l'S iliaque ayant donné lieu à des symptômes d'occlusion intestinale ; par M. KIRMISSON, interne des hôpitaux.**

L'histoire de cette malade peut se résumer de la façon suivante : au début, symptômes abdominaux vagues, diarrhée. A partir du 12 juillet, au contraire, suppression absolue de toute évacuation intestinale. Le ventre était fort ballonné, les anses intestinales formaient relief. D'ailleurs, il y avait peu de douleur et celle-ci n'était pas localisée. Les vomissements fécaloïdes ne survinrent que dans les derniers jours de la vie.

A l'AUTOPSIE, on trouva, vers la partie inférieure de l'S iliaque, une ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs, terminée par un bourrelet circulaire qui formait relief du côté du rectum. Ce bourrelet constituait l'obstacle au passage des matières : il était manifestement de nature cancéreuse. — Dans l'intérieur du foie, on voyait des noyaux cancéreux en voie de développement. — Il existait également chez cette malade un rétrécissement de l'aorte qui avait été reconnu pendant la vie.

M. CHARCOT. Il est à noter qu'on ne trouve des productions

cancéreuses que dans le foie et nullement dans le péritoine ni les ganglions mésentériques, ce qui prouve que dans ce cas, la généralisation de la tumeur ne s'est point faite de proche en proche par les vaisseaux et les espaces lymphatiques.

**39. Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière ; par le Dr H. LIOUVILLE, chef du laboratoire des Cliniques à l'Hôtel-Dieu.**

M. LIOUVILLE présente une moelle épinière, dans la région cervicale de laquelle existait un gros tubercule de couleur jaunâtre, de consistance assez résistante et qui, dans une très-notable étendue (celle d'une amande un peu irrégulière), occupait une grande partie de la substance grise.

Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, qui, à la suite d'une cachexie profonde due à une tuberculose généralisée, avait offert tous les symptômes d'une méningo-encéphalite et d'une méningo-myélite qu'on put pendant la vie rattacher à l'extension de la tuberculisation aux centres nerveux et à leurs enveloppes. La myélite s'était de plus manifestée par des phénomènes paraplégiques et des eschares au sacrum (troubles trophiques dont on comprend la cause par le siège de la lésion spinale).

Nous résumerons l'AUTOPSIE, faite le 15 avril 1874, en disant qu'il y avait dans les poumons des tubercules miliaires et pisiformes, de grandeurs et d'âges différents, répartis dans un parenchyme fortement hyperémié par la dernière poussée et où se trouvaient aussi quelques petites cavernules indiquant d'anciennes pertes de substance. — Le foie offrait une dégénération graisseuse très-avancée. L'émaciation était générale et profonde. — Nous devons maintenant insister sur les lésions des centres *encéphalo-rachidiens*.

**A. Cerveau et cervelet.** Il existait des tubercules des méninges cérébrales et du cerveau. Ils se présentaient sous la forme de granulations miliaires, en rapport avec les vaisseaux membraneux, de masses un peu plus grosses, pisiformes, indurées, de couleur jaunâtre foncée, souvent assez bien arrondies, quoique non-absolument régulières et réparties dans les deux substances cérébrales, les unes à la périphérie et déprimant seulement la couche corticale, les autres plus profondes et allant jusqu'à la substance blanche ; d'autres dans la seule substance blanche. Il en était de même pour le cervelet, où l'on en constatait plusieurs des deux côtés. — Ces productions tuberculeuses n'avaient pas occa-

sionné une grande encéphalite tout autour d'elles. Parfois, il y avait des loges creusées dans la substance pour recevoir ces tumeurs qui étaient prépondérantes dans les méninges, soit superficielles, soit ventriculaires. Il y avait peu de diffusion des pâlotes ventriculaires ; cependant, elles étaient un peu plus mûlles, et il y avait du liquide dans les cavités.

**B. Moelle épinière.** En disséquant attentivement les méninges spinales, on constatait une arachnoïdite médullaire, très-intense, surtout à la face postérieure, dans le tiers moyen de la région cervico-dorsale. Elle était caractérisée par des adhérences très-nombreuses, fines, récentes, faisant des mailles fortement imbriquées, difficiles à arracher et enserrant des vaisseaux nombreux et nouveaux, par des saillies milliaires, faisant léger relief sur la face interne de la dure-mère. (*Granulations tuberculeuses.*) La pie-mère est épaissie, blanchâtre, ridée et cache absolument la moelle elle-même. Il y avait du liquide dans la cavité arachnoïdienne, et la pie-mère elle-même est, par places, comme imbibée d'une sorte de sérosité trouble, louche, un peu épaisse.

Dans le tiers moyen et inférieur surtout, on est frappé de la distension anormale des vaisseaux veineux, ils sont remplis de sang et quatre fois au moins augmentés de volume. Ils forment de gros troncs sinueux tout à fait variqueux. Nous allons tout à l'heure comprendre l'explication de la stase veineuse. — En effet, au-dessous du renflement brachial, dans sa partie inférieure et un peu plus bas, on remarque une certaine augmentation du volume de la moelle, mais il n'y a pas à la palpation une sensation de dureté bien nette. Ce serait plutôt la consistance de l'empatement, comme dans quelques encéphalites, par exemple. C'est seulement en faisant une coupe que l'on détermine la lésion très-considérable qui s'y rencontre.

En effet, sur la tranche apparaît une *tumeur* occupant la presque totalité de la moelle (le côté droit surtout est pris.) Cette tumeur, située dans la substance grise, en a pris la place dans une partie fort considérable. Pour le côté droit, elle y occupe la corne antérieure ; la corne postérieure à moitié ; la partie médiane commissurale est tout entière absorbée par elle. Elle fait une certaine saillie à l'endroit où la coupe est tombée. C'était une des extrémités de la tumeur, l'extrémité inférieure. Sa couleur est jaunâtre, ambrée ; elle est parsemée de petits tractus rouges (vaisseaux développés dans la substance nouvelle ou plutôt à sa surface.) Tout autour d'elle, la substance grise a pris une *teinte scléreuse*, grisâtre, semi-translucide, et comme gélatineuse ; sa consistance en est un peu augmentée.

La tumeur, dès le premier aspect, ressemble tout à fait à un tubercule des centres cérébraux. La seule ressemblance trompeuse serait celle d'une gomme ; mais déjà les productions méningées, cérébrales et cérébelleuses nous éclairent sur la nature tuberculeuse que des préparations histologiques ont complètement confirmée. Sur une coupe faite plus haut, on voit que la tumeur occupe presque toute l'étendue de la partie grise de la moelle. Elle empiète sur la corne antérieure du côté gauche, elle est tout entière au centre et a pris la place de tout le côté droit (substance grise). Dans cette zone on distingue un tissu scléreux dur, avec trois petits îlots jaunâtres, rappelant la dégénérescence des produits tuberculeux.

Nous avons poursuivi l'examen des autres régions de la moelle à l'état frais, à l'œil nu et au microscope. A 2 centimètres au-dessus de la tumeur, ramollissement très-net de la substance blanche, des cordons postérieurs. Là, corps granuleux de Gluge, très-nombreux et gras, globes et corps gras ; granulations graisseuses isolées. Dans la substance grise, désintégration granulo-graisseuse ; cellules nerveuses augmentées de volume et plus parsemées de granulations graisseuses. Augmentation de nombre et de volume des vaisseaux (stéatose débutant de leurs parois.) Granulations graisseuses sur les gaines. La dégénération ascendante classique est donc très-nettement confirmée ici par le microscope. Elle se voyait déjà à l'œil nu, à la simple coupe.

A 2 centimètres au dessus de la tumeur :

a. Dans la substance grise, lésions encore manifestes : Corps gras rappelant les corps amyloïdiens ;

Vaisseaux augmentés de volume, remplis de leucocytes ; vaisseaux variqueux et quelques-uns anévrysmés en chapelet. Ceux-ci contiennent encore des globules rouges.

b. Dans la substance blanche, les cordons latéraux ne sont atteints que pour le côté gauche, d'une manière très-manifeste (désintégration granulo-graisseuse, destruction des tubes fragmentation de la myéline ; vaisseaux augmentés de nombre. Toutefois l'autre côté offre aussi une altération dans la circulation, sans que cependant les éléments nerveux paraissent très-atteints. Ici encore, la dégénération est classiquement descendante (côté latéral, prédominance de la tumeur), Mais de plus il faut ajouter la lésion des cordons postérieurs qui est encore manifeste. C'est un point intéressant à souligner. Enfin l'altération secondaire la plus considérable est, on ne peut le nier, celle de la substance grise. Cela se comprend, si l'on se reporte au siège de la tumeur, à sa grande dimension, et aux organes qui semblent en avoir été le point de dé-

part. Disons, en terminant, qu'à l'œil nu on ne pouvait rien voir de ces lésions consécutives, et que le microscope seul nous a permis de les révéler. Mais disons aussi qu'elles apparaissent alors *irrécusables*.

A l'occasion de ce fait, M. LIOUVILLE résume quelques communications antérieures qui peuvent s'en rapprocher. Entre autres, il cite la très-intéressante relation de M. Hayem (juillet 1873), concernant un homme de 37 ans, mort le 28 juillet 1872, et qui est rapportée dans le travail des *Archives de physiologie* (1).

M. Liouville rappelle aussi qu'en 1869 et 1870 (2), il a présenté aux Sociétés anatomiques et de Biologie des faits de tuberculose des centres nerveux et de leurs enveloppes, dans lesquels on constatait dans la moelle épinière des tumeurs ayant la grosseur d'un grain de mil et d'un petit pois, en même temps que les méninges étaient fortement atteintes par le même processus. Le présentateur fait passer des planches exécutées à cette époque et où ces lésions intra et extra-spinales sont reproduites.

On peut encore rapprocher de ces cas, mais sans les confondre cependant, les faits dans lesquels existent, non de véritables tumeurs assez bien isolables (granulations miliaires ou petites masses pisiformes, caséuses, rappelant les unes, la granulation grise type, les autres le tubercule dit cru, jaunâtre), mais de véritables infiltrations tuberculeuses, constituant des zones de myélite d'une texture tout à fait particulière (3) et aboutissant à la désintégration caséuse, quelquefois à la perte de substance.

A cette occasion M. Liouville croit devoir résumer les deux nouveaux faits suivants qu'il vient d'étudier au laboratoire de l'Hôtel-Dieu et qui visent des variétés de myélites consécutives au processus tuberculeux :

1° Dans un cas de méningite cérébro-spinale tuberculeuse avec productions saillantes dans le cerveau même, diversement réparties en la substance grise périphérique et le cervelet, cas envoyé à notre examen par M. le Dr Vidal, médecin du Gros Caillou (22 avril 1874), nous avons constaté des lésions *intra-spinales*, de nature également tuberculeuse. Elles existaient dans la substance blanche et dans la substance grise. Les premières se trouvaient au niveau des travées qui

(1) Hayem. — *Observation pour servir à l'histoire des tubercules de la moelle épinière. Archives de Physiologie.* Tome V, page 431. Juillet 1873.

(2) Liouville. — *Faits de méningites cérébro-spinales tuberculeuses. Soc. de biologie*, 1869. *Gazette médicale* 1870.

(3) LIOUVILLE. *Contribution à l'étude anat. pathol. de la méningite cérébro-spinale tuberculeuse.* 1870. *Archives de physiologie.* Tome III, page 470.

soutiennent les vaisseaux. C'étaient des infiltrations et de véritables petites zones tuberculeuses avec dégénération graisseuse dans leur centre.

Il s'agissait d'un jeune soldat qui succomba en présentant les symptômes d'une affection qu'on aurait pu prendre pour une fièvre typhoïde, mais avec une prédominance spinale considérable. — L'autopsie révèle de plus la présence d'une poussée de granulations miliaries et de tubercules pisiformes diversement répartis dans presque tous les viscères des cavités thoracique et splanchnique.

On voit par cet examen, confirmé par nos préparations histologiques, que le cerveau et la moelle, comme aussi leurs enveloppes, avaient subi l'atteinte profonde de l'affection tuberculeuse.

2° Dans un autre cas de méningite cérébro-spinale tuberculeuse, constatée également chez un adulte, jeune, qui succomba à une poussée granuleuse miliaire généralisée (1874) je trouve signalée dans mes notes l'existence d'une *myélite périphérique* des plus nettes, myélite prédominant dans les points correspondant surtout aux granulations tuberculeuses des méninges spinales. De là, la myélite s'étendait en progressant, suivant les vaisseaux suspendus à la trame, et principalement les branches vasculaires des cornes de la substance grise. Signalons enfin, que dans les deux derniers cas, le canal central paraissait dans sa périphérie être le siège d'une prolifération irritative des plus accusées.

**40. Tubercules multiples du cerveau et de la moelle; symptômes méningitiques; accompagnés d'accès épileptiformes et de contracture; par M. HUTINEL, interne des hôpitaux.**

Laurent Louise, 4 ans  $\frac{1}{2}$ , entre le 14 juillet 1874 à l'hôpital des enfants, (service de M. ROGER,) salle Ste Geneviève n° 23.

Faible et peu développée pour son âge, cette enfant a perdu son père et sa mère depuis plus de deux ans : (on ne peut savoir à quelle affection ils ont succombé). Elle était gaie, et se portait assez bien en apparence quand, vers le milieu de mai, on s'aperçut qu'elle traînait la jambe gauche, qu'elle devenait maladroite dans ses mouvements et tombait fréquemment. Sa démarche rappelait celle des enfants qui commencent à marcher. Le bras gauche paraissait notablement affaibli. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, une attaque brusque, avec perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, ensuite cloniques, pâleur puis turgescence de la face, fut suivie de fièvre, d'abattement, et surtout d'augmentation des phénomènes paralytiques. La bouche à ce moment fut manifeste-

ment déviée, la jambe et le bras gauches considérablement affaiblis. Depuis lors, il s'est produit un peu d'amélioration; les mouvements sont un peu revenus dans les membres du côté gauche, et la face a repris sa symétrie.

Au moment de l'entrée, l'enfant a une fièvre modérée, elle est gaie, riante, joue sur son lit, répond facilement et avec assez de précision aux questions qu'on lui pose. La face ne présente pas de déviation sensible même au moment du rire ou des pleurs, mais l'œil gauche se ferme mal et est toujours encombré de mucosités. — La parole est un peu saccadée, la vision et l'ouïe semblent conservées. — La jambe gauche un peu fléchie sur la cuisse s'étend difficilement; les mouvements volontaires y sont très-faibles; les mouvements réflexes sont en partie conservés, mais ils se font plus lentement et sont beaucoup moins étendus que de l'autre côté. La sensibilité est normale dans tout le membre.

L'avant-bras gauche est fléchi à angle droit sur le bras. En cherchant à l'étendre, on fait paraître la saillie du long supinateur rétracté, et on produit de la douleur. — Les doigts sont à demi fléchis sur la main, et la main un peu fléchie sur le poignet. La rétraction des doigts diminue par moments et semble surtout se manifester quand on excite la sensibilité du membre. Pas d'anesthésie; pas d'hyperesthésie.

Les mouvements du tronc se font assez facilement; la nuque ne présente pas de raideur.

Langue sale — inappétence — un peu de diarrhée — Le ventre est un peu gros et sensible à la pression. — Rien de notable dans les poumons — rien au cœur.

Les jours suivants l'enfant parle et rit volontiers, mais pousse des cris plaintifs par intervalles; la fièvre est modérée.

21 *juillet*. Somnolence, — fièvre plus intense que les jours précédents. Céphalalgie très-forte. — La connaissance est bien conservée. — Strabisme convergent. — Un peu de photophobie. — Congestion rétinienne manifeste à l'examen ophtalmoscopique. — Constipation depuis deux jours; — pas de vomissements. — Ventre plat.

22. Abattement encore plus grand; cris par intervalles. — Raideur du cou; douleur vive dans les mouvements de flexion de la tête; quand on soulève le tronc il se meut tout d'une pièce. Indifférence; — fièvre forte; constipation.

23. Les deux yeux se ferment mal et sont remplis de mucosités, la langue et les lèvres sont sèches, un peu fuligineuses, — cris fréquents, — amaigrissement, — faciès cachectique.

24. Gêne de la déglutition. — Raideur considérable de la nuque et du dos. — Insensibilité très-avancée. — Etat demi coma-

teux dont on ne tire l'enfant qu'avec peine.— Râles muqueux dans la poitrine.— Constipation. — Temp. 39°,6.

25. L'enfant reconnaît encore les personnes qui la soignent. — Respiration profonde et lente.— Peau fraîche; — pouls lent. Raideur des deux jambes. Déglutition difficile.— Forte dilatation des deux pupilles.

26. Raideur considérable du tronc et des membres. Dyspnée. Souffle fort avec matité à la base du poumon droit en arrière.

27 Mort dans la nuit du 26 au 27.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort.

A l'ouverture du crâne il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, on trouve peu de sang dans les sinus. Sur la convexité du cerveau, les méninges sont assez fortement congestionnées, mais peu épaissies. A la base de l'encéphale elles sont plus épaisses, et tapissées par des exsudats fibrineux qui nagent en partie dans le liquide des confluent. Les granulations tuberculeuses sont rares. Il faut étaler une grande étendue de membranes prises au niveau des scissures de Sylvius pour en découvrir deux ou trois. La pie-mère, considérablement épaissie au niveau du chiasma des nerfs optiques, double le volume de cette partie.

Au-dessous des méninges, on voit par transparence la surface des circonvolutions parsemée de taches jaunâtres irrégulières. Des opacités de l'arachnoïde, dues à des granulations agglomérées, se trouvent au niveau de ces taches. On peut en compter au moins dix sur la convexité du cerveau. Elles ont le relief de noyaux caséux jaunâtres du volume d'une noisette. En coupant le cerveau par tranches fines on trouve au fond de presque tous les sillons qui séparent les circonvolutions, d'autres noyaux caséux de même volume que ceux qui occupent la convexité. Quelques-uns de ces noyaux, d'apparence déjà ancienne, ont un aspect bourbillonneux, et au lieu de la couleur jaunâtre ont une teinte pistache. Leur consistance varie. Les uns sont assez durs, mais s'écrasent cependant avec facilité sous le doigt, les autres sont ramollis. La pulpe cérébrale semble diminuée de consistance dans l'intervalle de ces produits tuberculeux.

La substance blanche du cerveau contient quelques-uns de ces tubercules. En faisant la coupe de Vieussens, on en trouve un gros en dehors du corps calleux, au-dessus de la partie antérieure du ventricule latéral droit. Deux autres un peu moins volumineux occupent la partie postérieure de la coupe. Du côté gauche la substance blanche présente également deux tubercules, mais assez près des circonvolutions. A la partie antérieure du corps strié droit, un tubercule volumineux fait saillie dans le ventricule. Un autre se trouve un peu en dehors



du noyau extra-ventriculaire, un 3<sup>e</sup> a détruit la partie postérieure de la couche optique droite; le corps strié et la couche optique gauche, n'en renferment pas. Rien à noter dans le mésocéphale.

Trois gros tubercules à la partie postérieure du cervelet, deux ou trois petits dans l'intérieur. La toile choroïdienne est notablement épaissie. Il n'y a pas une proportion exagérée de liquide dans les ventricules.

La moelle semble gonflée au niveau du renflement cervical. Au niveau du renflement lombaire l'arachnoïde, épaissie et opaque, présente plusieurs granulations. En coupant la moelle on trouve dans son intérieur deux noyaux tuberculeux. Le plus élevé, est caché dans l'intérieur du renflement cervical. Mal délimité, confondu sur les bords avec la substance saine il a le volume d'un haricot. Il est allongé, jaune et un peu ramolli au centre, et occupe le faisceau antéro-latéral gauche de la moelle, à la partie moyenne du renflement. Il semble empiéter un peu sur la ligne médiane.

Le 2<sup>e</sup> siège à la partie moyenne de la région dorsale, sur la face antérieure de la moelle. Il occupe surtout le faisceau antérieur gauche, mais se prolonge en partie dans le cordon antérieur droit. La moelle est très-molle.

*Thorax.* Les plèvres viscérales sont épaissies, surtout à la base du poumon droit dont se détachent de longues franges vasculaires. Peu de liquide. Splénisation de tout le lobe inférieur droit. Forte congestion du poumon gauche. Emphysème aux deux sommets. Peu de granulations sur la plèvre; on en compte seulement 7 ou 8. Il faut chercher longtemps dans le parenchyme pulmonaire pour en trouver quelques-unes. Les ganglions bronchiques ne sont pas très-volumineux. Un seul est tuberculeux.

*Abdomen.* Quelques granulations sur le foie. Congestion des reins. Ulcérations intestinales dans la dernière portion de l'iléon, avec tubercules sur la tunique séreuse au niveau des pertes de substance de la muqueuse. — Ganglions mésentériques caséux, mais peu volumineux.

Dans ce cas la présence de noyaux tuberculeux d'un volume assez considérable dans la moelle est le fait le plus intéressant. Malheureusement la multiplicité des lésions empêche de distinguer nettement parmi les phénomènes observés pendant la vie ceux qui appartiennent aux lésions médullaires de ceux qui sont le propre des lésions cérébrales.

#### 44. Sarcome du maxillaire inférieur ; par J. DAVE, interne des hôpitaux.

Le 19 juillet 1874 entrant à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, le nommé M., porteur d'une tumeur du maxillaire inférieur dont il voulait se faire débarrasser. Voici les renseignements qu'il nous fournit relativement à l'origine de sa tumeur. — D'une constitution robuste, il n'a jamais eu de maladie antérieure ; pas d'antécédents scrofuleux ni syphilitiques. Il y a dix-huit mois environ, le malade s'aperçut de la tuméfaction à gauche, sous la langue : en même temps, un petit ganglion sous-maxillaire était engorgé.

Les choses restèrent longtemps dans cet état, quand, il y a trois mois, la mâchoire elle-même commença à augmenter de volume, peu à peu la tumeur atteignit le volume actuel. Un médecin de province conseilla un traitement par l'iodure de potassium (3 grammes par jour), qui fut suivi quatre jours et dut être interrompu à cause d'accidents iodiques (céphalalgie, coryza, larmoiements intenses). Depuis, la céphalalgie a persisté quoique moins violente.

Le malade prit alors pendant huit jours des pilules à base d'extract de ciguë, sans en retirer plus de profit.

Vers le mois de juin apparurent quelques douleurs ; ce sont : 1° Des névralgies dans les dents inférieures du côté gauche, ayant gagné, il y a quinze jours, les dents supérieures du même côté. — Le malade y accuse une douleur sourde, sans rémissions bien sensibles, mais avec exacerbations nocturnes. Les dents sont saines, et la percussion avec un instrument moussé n'y éveille aucune douleur. — 2° Une douleur obscure, avec exacerbations nocturnes, dans l'oreille gauche ; les accès sont assez violents pour empêcher le décubitus de ce côté, qui était habituel au malade. — 3° Dans la tumeur, indolente jusqu'alors, se montrent des picotements, des fourmillements continus, avec des accès douloureux que le malade compare à la piqure d'une poignée d'aiguilles. C'est à cette époque que le malade se décide à venir à Paris pour se faire opérer par M. Demarquay.

Voici les symptômes fournis par l'examen physique ; Le maxillaire inférieur est le siège d'une tumeur volumineuse, grosse comme les deux poings environ, qui fait corps avec lui et occupe sa moitié gauche principalement, le débordant en bas et en dehors. Ces limites sont : à droite, une verticale passant par la commissure labiale ; en haut, l'arcade dentaire et une horizontale qui la continue en arrière ; à gauche, le bord

antérieur du sterno-mastoïdien ; en bas, la tumeur a envahi la région sus-hyoïdienne et va jusqu'à l'os hyoïde. La surface est lisse et présente quelques bosselures peu saillantes ; elle n'est pas adhérente à la peau, mais fait corps avec le maxillaire. Sa consistance est dure, elle ne se laisse pas déprimer par le doigt. Pas de paralysie de la sensibilité ni à la peau ni à la muqueuse buccale.

L'écartement des mâchoires est à peu près impossible depuis un mois. — Les dents ne permettent pas l'introduction du petit doigt, et l'on sent sous la peau le masséter contracturé. L'exploration de la tumeur par la bouche est ainsi rendue difficile ; mais à l'aide d'un stylet on peut vérifier qu'elle ne procède guère dans la cavité buccale.

25 juillet. Depuis l'entrée du malade, la tumeur augmente sensiblement de volume. Cet accroissement rapide et la vigoureuse constitution du malade, décident M. Demarquay à l'ablation de la portion d'os atteinte. Deux ponctions exploratoires avec une épingle conduisent sur des parties dures, ce qui fait croire que le point de départ était dans le périoste et que la tumeur avait respecté l'os.

*Opération le 29 juillet.* Le malade préalablement chloroformé, M. Demarquay pratique à la peau une incision courbe, qui part de 0<sup>m</sup>01 au-dessous de la commissure labiale droite et, passant le long du bord inférieur du maxillaire, s'étend jusqu'au devant de l'oreille gauche. La tumeur ainsi mise à nu, la peau est disséquée en formant deux lambeaux, l'un supérieur, constitué par la lèvre inférieure, l'autre inférieur, formé par les téguments de la région sous-hyoïdienne. Le maxillaire inférieur est sectionné, en dehors de l'incisive inférieure droite avec la scie à chaîne, au-dessous de l'apophyse coronoïde gauche à l'aide d'une forte pince incisive.

La tumeur ainsi mobilisée est attirée au dehors par un aide, et M. Demarquay termine son ablation en sectionnant la muqueuse buccale sur ses limites et en détachant les insertions des muscles des apophyses géni. En ce moment, la langue se pelotonne sur elle-même, sa partie dorsale se portant en haut et en arrière, sa pointe se dirigeant en bas. Les deux lèvres de l'incision de la peau sont réunies à l'aide de sutures métalliques, et, pour obvier au renversement de la langue, M. Demarquay a l'ingénieuse idée de comprendre dans deux ou trois points de suture à la fois les lèvres de la plaie et l'insertion maxillaire des muscles génio-glosses. En même temps, pour s'opposer à la stagnation des liquides putrides dans le vaste cloaque formé par l'ablation de la tumeur, cloaque qui communique largement avec la bouche, il pratique une contre-ouverture à sa partie la plus déclive, et y passe un drain qui

ressort par la bouche. Les parties sont soutenues à l'aide d'une fronde et constamment recouvertes d'eau glacée; des injections d'eau froide sont faites toutes les trois heures par le drain — Le malade, qui avait perdu pendant l'opération une grande quantité de sang, paraissait devoir bien en supporter les suites. Pas de réaction intense. Pouls petit; température à 36°, 8 le soir de l'opération. On l'alimente à l'aide d'un long biberon qui porte les liquides dans le pharynx, le 2<sup>e</sup> temps de la déglutition étant supprimé.

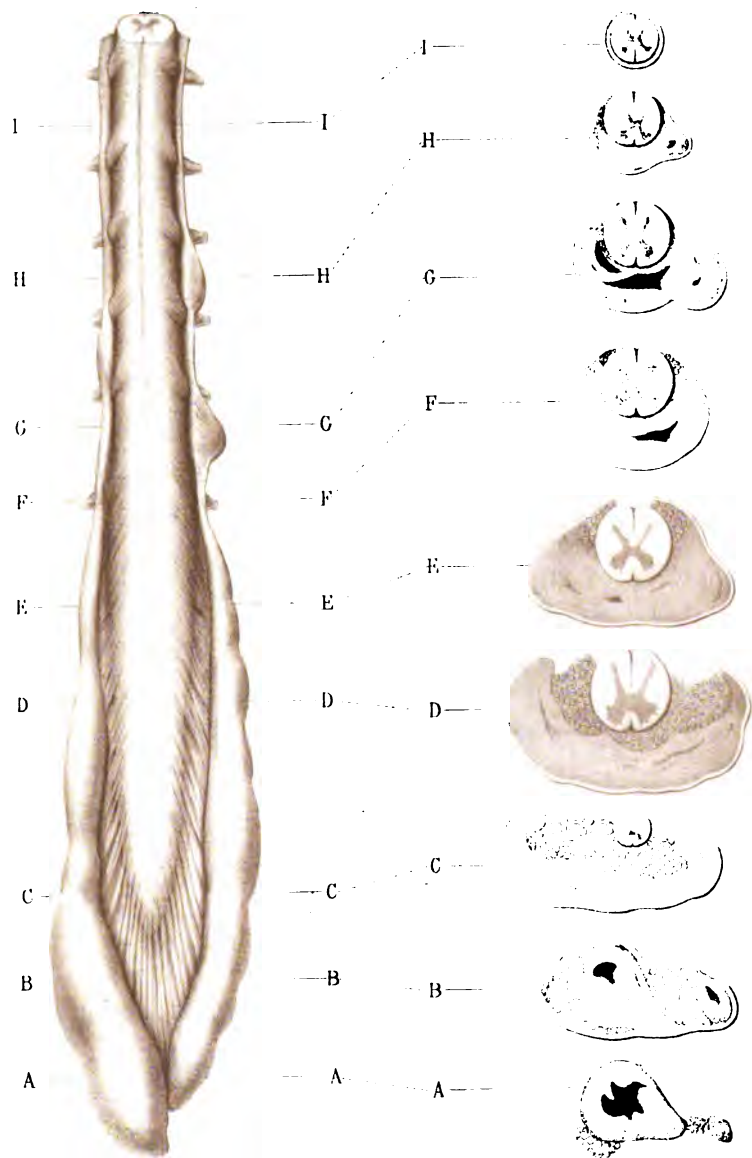
30 juillet. Le malade a passé une bonne nuit. Il se lève sur son séant pour écrire et boire. — T. 36°, 2; le pouls est toujours petit. — La lèvre inférieure se réchauffe. — Tout à coup vers 4 heures, le malade se cyanose rapidement, se refroidit, et il meurt en quelques instants.

AUTOPSIE, faite le 1<sup>er</sup> août. Anémie de tous les viscères, sans qu'on pût trouver aucune autre cause prochaine de la mort.

*Examen* histologique, par M. CHOUPEZ. La tumeur est un sarcome, ainsi qu'on l'avait soupçonné pendant la vie. Une coupe mince, durcie convenablement et colorée par le picrocarmine montre: Une grande quantité de cellules embryonnaires, avec quelques cellules-mères (plaques à noyaux multiples); de plus, quelques travées formées par des cellules fusiformes. Notre tumeur renferme donc les éléments des variétés embryonnaire, myéloïde et fasciculée du sarcome. Une section faite à travers l'épaisseur de la tumeur montre qu'elle occupait toute l'épaisseur de l'os sur les parties atteintes.

#### **Élections.**

Sont nommés *membres correspondants*, à la fin de cette séance, MM. AUGIER et DEMANGE, internes des hôpitaux, POLICHRONIE, docteur en médecine.



F Renaudot lith

Rendu aclin

Imp Lemercier et C<sup>ie</sup> Paris



## OCTOBRE 1874.

*Séance du 2 octobre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**1. Ostéo-sarcome du sternum; par M. LOREY, interne des hôpitaux.**

M. LOREY montre un volumineux ostéo-sarcome du sternum. Le malade, qui en était atteint, était soigné dans le service de M. Millard. Depuis six mois, il avait vu la partie antérieure de sa poitrine se déformer, en même temps que s'accusait de plus en plus la dyspnée et la gêne précordiale. Il finit par succomber avec des accès de suffocation.

A l'AUTOPSIE, on constata que la tumeur avait envahi le sternum dans sa totalité, ainsi que les cartilages costaux et les ganglions du médiastin. Elle avait plus de deux centimètres d'épaisseur et semblait constituée par un tissu lardacé, assez mou, homogène. — Un fait à noter c'est que le malade présentait à la face postérieure du cubitus deux petites tumeurs d'apparence sarcomateuse, qui depuis vingt ans étaient restées stationnaires. On peut se demander s'il existait une relation entre ces tumeurs et celle du sternum.

**2. Sarcome développé dans les grande et petite lèvres gauches; par M. BOISSIER, interne des hôpitaux.**

La nommée L., concierge, âgée de 42 ans, entre le 8 septembre 1874, à l'hôpital des Cliniques, service de M. Broca, suppléé par M. TERRIER, pour une tumeur développée dans l'épaisseur des grande et petite lèvres du côté gauche. — Cette tumeur date de 3 ans 1/2; au début, elle était grosse comme un pois, faisait saillie à la face interne de la petite lèvre, au tiers inférieur. Elle était dure, prurigineuse; à la fin de la 1<sup>re</sup> année

elle avait atteint le volume d'une noisette, toujours très-dure, indolente à la pression, moins prurigineuse.

La seconde année, son développement ne fait pas beaucoup de progrès. Mais, en 1874, elle s'accroît rapidement, la marche devient pénible; au milieu d'août, la base de la tumeur s'ulcère et la malade entre à l'hôpital le 8 septembre.

*État actuel.* Tumeur dure, rénitente, pédiculée, occupant les 2/3 inférieurs des deux lèvres, effilée à sa partie supérieure, arrondie et évasée à sa partie inférieure où l'on trouve deux ulcérations de la largeur chacune d'une pièce de un franc, le tissu de la tumeur fait hernie à travers les ulcérations, il présente un aspect framboisé, rougeâtre, laisse suinter un liquide séro-sanguinolent; le bord antérieur de la tumeur est arrondi, les faces, au nombre de deux, regardent l'une en dedans, l'autre en dehors; la peau est saine en dehors, la muqueuse également, en dedans. — Les ganglions iliaques sont pris des deux côtés, surtout à gauche. — L'état général de la malade est des meilleurs; on ne trouve rien à noter ni à l'actif de son passé ni à celui de ses antécédents.

12 septembre. M. Terrier fait l'ablation de la tumeur; une incision verticale est pratiquée sur le bord antérieur, l'énucléation est des plus faciles, le pédicule est tordu, 2 petites artérioles donnent alors, elles sont liées. Restait encore un tissu qui paraissait suspect, remontant par un cordon que l'on sentait très-bien, vers le haut du vagin, le long de sa paroi latérale, M. Terrier en prend le plus qu'il peut dans l'anse d'un écraseur droit et achève ainsi l'opération. — Un tampon de charpie, imbibé d'une solution phéniquée, est placé dans la cavité comprise entre les 2 lèvres de la plaie.

Aujourd'hui, 1<sup>er</sup> octobre, la malade, encore dans les salles, va très-bien; la plaie est presque cicatrisée. Rien d'anormal n'est venu troubler soit l'état général, soit l'état local de l'opérée.

Un *examen microscopique*, fait sur des coupes fraîches de la tumeur, vers le pédicule et la partie ulcérée a montré un tissu embryonnaire jeune et des éléments interposés entre les cellules ce qui, au premier abord, avait fait admettre l'existence d'un sarcome embryonnaire. Un nouvel examen, pratiqué au laboratoire d'histologie du Collège de France, a fait voir que la structure de la tumeur est différente; pour M. Ranvier, les éléments qui dominent sont ceux d'un fibrome jeune, en voie de développement; la présence de fibres-cellules musculaires est restée douteuse, de sorte que l'on ne paraît pas avoir affaire en ce cas à un fibro-myome, comme cela s'est rencontré plusieurs fois dans ces sortes de tumeurs.



### 3. Athérome aortique : Oblitération de l'artère cérébrale antérieure.

M. BOISSIER montre également des pièces recueillies chez un malade mort presque subitement dans les circonstances suivantes : Entré à la Clinique pour un ulcère à la jambe, il fut pris brusquement, le 18 septembre, d'accidents apoplectiques qui firent soupçonner une hémorrhagie cérébrale. L'autopsie fit voir qu'il n'y avait point de foyer sanguin dans l'encéphale, mais on trouva des caillots fibrineux qui remplissaient l'aorte, l'iliaque primitive et l'iliaque externe, ainsi que l'artère cérébrale antérieure.

Le lobe, antérieur correspondant du cerveau présentait quelques points d'apoplexie capillaire. — Le cœur n'offrait aucun signe de maladie confirmée, mais les reins étaient fort malades, rétractés et parsemés d'anciennes cicatrices d'infarctus. Il est regrettable que l'absence d'examen clinique n'ait pas permis d'éclairer la subordination de ces lésions.

M. CHARCOT. Il paraît probable en l'absence d'affection cardiaque bien confirmée, que les coagulations artérielles sont dues plutôt à une thrombose qu'à une embolie : le point de départ est l'athérome artériel.

### 4. Cancer du corps de l'utérus. — Thrombose pulmonaire. Thrombose de la veine crurale gauche. — Aortite chronique avec dilatation anévrysmatique d'un kyste athéromateux ; par M. HOMOLLE, interne des hôpitaux.

Er..., 68 ans, est entrée le 22 août 1873, salle St-Basile n° 10, à la Charité (service de M. Bourdon, suppléé par M. RUGAL).

Cette femme, un peu obèse, qui présente le facies et la respiration un peu haletante des emphysémateux, dit avoir joui pendant de longues années, d'une excellente santé ; elle se souvient cependant d'avoir eu quelques douleurs de rhumatisme, sans attaques aiguës. Depuis trois ans, elle est courte d'haleine, sans avoir d'accès d'oppression comparables à l'asthme ; depuis deux ans, elle a par intervalles un peu d'œdème de malléoles.

Il y a un an qu'elle a commencé à avoir des pertes utérines rougeâtres, un peu férides. C'est pour ces accidents autant que pour la dyspnée, dont elle souffre un peu davantage depuis quatre mois, qu'elle entre à l'hôpital. Elle a dû depuis ce temps cesser tout travail, la respiration est plus gênée, l'œdème des membres inférieurs plus accusé.

Lorsque la malade est examinée, le 23 août, on remarque

avec quelque étonnement l'absence de toute lésion du col utérin ; la matrice est peu volumineuse, et mobile ; mais il y a incontestablement des pertes fétides, et on diagnostique un carcinome du corps de l'utérus.

Quant aux troubles respiratoires, ils sont regardés comme secondaires à une affection mitrale. Toutefois, le bruit anormal de la pointe est douteux et il convient de faire quelques réserves sur l'existence d'une insuffisance valvulaire ; il n'y a aucun signe évident de dilatation du cœur droit.

Le seul signe de lésions pulmonaires est la présence d'un foyer de râles muqueux circonscrits à la base gauche. Quelques modifications du murmure vésiculaire et la dyspnée habituelle font admettre un certain degré d'emphysème. La malade accuse un peu de douleur du genou gauche.

26 août. Dans la matinée, la malade est prise d'un accès de dyspnée avec tendance syncopale très-prononcée ; elle est en proie à une vive anxiété respiratoire avec un état de défaillance imminente ; les lèvres et les extrémités sont violacées, livides, mais en même temps très-pâles. Le pouls, accéléré et très-petit, reste régulier.

27. Cet état demi syncopal avec cyanose, après s'être amendé dans la journée d'hier, a repris ce matin. — Les mains sont froides, les doigts engourdis, la vue est trouble. — Le pouls est très-petit, mais régulier, rapide (104 puls.) ; la respiration accélérée (44 insp.) est sibilante ; l'expiration qui est longue présente surtout ce caractère. — Le refroidissement périphérique s'accompagne de réfrigération centrale (Temp. 35°, 8).

L'examen des organes ne fait d'ailleurs connaître aucune lésion nouvelle. Il n'y a aucun signe d'une dilatation aiguë du cœur droit. Le souffle cardiaque paraît incontestable.

L'état de la malade s'améliore pendant quelques jours (elle a été soumise à un traitement tonique et stimulant) : rhum, acétate d'ammoniaque ; — 30 août. L'œdème des membres inférieurs est plus prononcé.

31. La malade accuse de la douleur au niveau du cou-de-pied, du mollet, du jarret gauches, et la pression éveille une assez vive sensibilité le long du trajet de la veine crurale, au niveau de laquelle on ne peut cependant reconnaître de cordon induré. Dans la soirée, la malade est plus souffrante, plus abattue, et la gêne respiratoire a fait des progrès sans que cependant il y ait rien qui ressemble à l'accès de défaillance des jours passés. — L'auscultation indique un état de congestion pulmonaire assez intense (râles sous-crépitaux très-fins à la base gauche ; sibilances et râles muqueux disséminés dans le reste de l'étendue des poumons). — La peau est un peu chaude. (38°) et le pouls rapide (100 puls.). Le lendemain

1<sup>er</sup> septembre, l'état reste à peu près le même (104 P., 40 Resp. T. 38°, 3, le soir.)

2, *matin*. Nous trouvons la malade très-accablée, très-pâle; elle a eu pendant la nuit une véritable syncope avec pâleur, refroidissement et perte de connaissance. Le malaise diminue un peu dans la journée; le soir, la température est encore assez basse (36°), mais le teint est meilleur.

3, *soir*. La malade, fatiguée par des visites, a de nouveau une demi syncope; la respiration est anxieuse, avec expiration râlante très-prolongée; elle est entrecoupée par des quintes de toux très-pénibles.

4. L'œdème des membres inférieurs est plus accusé, du côté gauche surtout où il envahit la cuisse; il est de ce côté assez rénitent, et bien qu'on ne puisse sentir de cordon veineux, on est conduit à admettre une thrombose cachectique de la veine crurale. Tout le membre est douloureux à la pression, les orteils sont livides, froids, presque insensibles.

5. On entend de nouveau, d'une façon incontestable, un souffle systolique doux, peu prolongé de la pointe.

Le pouls reste rapide (96—100 P.) et petit, mais régulier. Il y a dans la journée deux accès de dyspnée avec état demi syncopal. La répétition de ces accès d'oppression avec pâleur et défaillance a fait supposer un état graisseux du cœur et peut-être en même temps l'existence d'une thrombose de l'artère pulmonaire analogue à celle de la veine crurale, ou enfin une série de petites embolies pulmonaires ayant leur point de départ dans la veine oblitérée du membre inférieur. — Le traitement est resté le même; des ventouses sèches ont été appliquées un grand nombre de fois et toujours avec grand soulagement pour la malade. On commence à administrer des diurétiques, le 6. (Teint. de Scille et macération de digitale). — 7. Deux petits accès dans la journée.

8. L'œdème douloureux du membre inférieur gauche fait des progrès. — Pâleur et refroidissement périphérique. On ne constate aucun nouveau signe de lésion pulmonaire.

9-10. Même état de dyspnée-habituelle avec cyanose. Dans les mouvements qu'on imprime à la malade pour refaire son lit, elle est prise de syncope et meurt en quelques instants.

AUTOPSIE. — Le cœur, de volume normal, présente une surcharge graisseuse considérable. Les parois ont leur épaisseur normale; du côté droit et, à un moindre degré à gauche, elles sont pâles et friables. — Les valvules artérielles sont saines. — La valvule mitrale est manifestement épaissie, parcheminée; l'orifice est large, mais suffisant. — Un caillot mou remplit le ventricule droit; il se continue avec un coagulum cy-

lindrique fibro-globulaire qui se prolonge dans l'artère pulmonaire.

L'*aorte* ne paraît pas altérée à son origine ; mais, au niveau de la crosse et surtout au-dessous, la paroi interne est le siège des lésions considérables. En quelques endroits, ce sont de simples plaques athéromateuses, caractérisées par un épaissement circonscrit ; sur d'autres points, la tunique interne épaissie et rigide, forme un opercule incomplet en forme de croissant, à bords déchiquetés, au devant d'un kyste à contenu grumeleux, formé d'un débris brun violacé, mêlé de gouttelettes grassieuses.

Le premier de ces foyers siège au niveau même de l'origine des troncs artériels (carotide et sous-clavière) du côté gauche. C'est manifestement un kyste athéromateux infiltré de sang. Quelques centimètres plus bas sont deux foyers semblables ; l'un d'eux constitue déjà un véritable anévrysme ; l'aorte présente une dilatation semi-ovoïde, du volume d'un demi-œuf de pigeon un peu inégale et bosselée. Les contours de l'orifice sont très-irréguliers ; ils sont en partie recouverts par une lamelle recroquévillée, lisse du côté de sa face interne, et rugueuse du côté opposé, encore couverte de bouillie athéromateuse, mêlée de sang et de fibrine en grumeaux. Au dessous de cette dilatation anévrysmatique, c'est-à-dire dix à douze centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, on ne trouve plus que des plaques d'épaississement circonscrit.

*Artère pulmonaire.* — Au-dessous de sa bifurcation, l'artère pulmonaire est saine ; elle renferme un caillot mou dont j'ai parlé. Au niveau même de la division du tronc en deux branches commence un caillot dense qui, en s'inclinant à droite, va oblitérer complètement la branche de l'artère pulmonaire de ce côté. C'est un coagulum fibrineux, dense, fibroïde, manifestement formé de lamelles intriquées, adhérentes. Son extrémité libre est un peu irrégulière et fait une saillie un peu effilée (en tête de serpent) dans le tronc même. Ce thrombus rouge, ferme, feuilleté, adhère assez intimement à la paroi vasculaire ; il conserve la même consistance dans les premières branches intra-pulmonaires, mais après deux à trois centimètres, il se continue avec un caillot passif noir et mou.

Dans la branche droite de bifurcation de l'artère, le thrombus présente de même une extrémité libre conoïde et mousse une portion adhérente à la paroi au point de n'en pouvoir être aisément séparée. Cette adhérence fait défaut à la partie inférieure du calibre du vaisseau ; là, se trouve, entre le caillot et la paroi vasculaire, un espace cylindrique que remplit ce coagulum mou et récent que nous avons vu se prolonger presque

dans le ventricule, ce qui va se poursuivre dans les rameaux artériels des parties inférieures de l'aorte. Ce qui démontre, d'une manière incontestable, l'ancienneté du caillot, c'est qu'au voisinage de son extrémité libre, il présente un point ramolli et qu'une incision faite à ce niveau donne issue à un liquide puriforme.

*Veines.* — La veine fémorale du côté gauche renferme un coagulum, en partie adhérent, assez récent ; on observe une apparence de stratification et en quelques points la coloration foncée commence à pâlir. Le thrombus commence au niveau de l'arcade crurale, et se continue dix centimètres plus bas avec un caillot noir et mou.

Les *poumons* présentent deux ordres de lésions ; l'un et l'autre présentent un infarctus rouge, de la grosseur d'une noix ou d'une petite noix, de forme conique, à base répondant à la plèvre.

Le lobe inférieur gauche présente une surface lisse, de consistance élastique, avec apparence d'affaissement plus prononcée par rapport aux parties voisines, d'une teinte un peu plus brune que celles-ci. — De semblables noyaux disséminés dans le parenchyme donnent une consistance inégale au tissu pulmonaire (lésion de l'atélectasie avec congestion et broncho-pneumonie). Sauf un certain degré d'emphysème et de congestion, les poumons sont d'ailleurs presque sains.

*Foie* muscade, sans atrophie, sans augmentation de volume, ne renfermant pas d'infarctus. *Reins* petits, contractés, granuleux à la surface, fermes, d'un brun ardoisé, présentant quelques petits kystes (néphrite interstitielle) sans infarctus.

*Uterus*, d'un volume normal, sans lésions apparentes à l'extérieur ; il renferme un nodule cancéreux, gros comme une noix absolument ramolli, diffluent, très-vascularisé, situé près de l'angle supérieur gauche.

*Cerveau* sain ; pas d'athérome des artères de la base, sauf un coude d'inflexion des cérébrales antérieures ; pas de traces de ramollissement embolique.

En présence de ces lésions, il paraît probable que nous n'avons pas eu affaire à une embolie de l'artère pulmonaire, mais à une thrombose spontanée.

M. CHARCOT. Cette interprétation est rationnelle et s'impose en quelque sorte à l'esprit en l'absence de tout point de départ possible d'un embolus. Ici, la pièce permet de suivre la marche de la lésion. De la fibrine a commencé à se déposer au niveau de l'éperon, puis des couches nouvelles se sont adjointes, si bien qu'il s'est fait graduellement comme une stran-

gulation de l'appareil pulmonaire, jusqu'au jour où l'oblitération a été complète et a déterminé une syncope mortelle.

**5. Corps étranger introduit dans l'urèthre; par M. LEMAISTRE, interne des hôpitaux.**

M. LEMAISTRE fait voir la tige en verre d'un alcoomètre, qu'il a eul'occasion de retirer de l'urèthre d'un vieillard de soixante-dix ans. L'extrémité s'était brisée à un pouce environ du méat urinaire, en sorte que le fragment inclus dans l'urèthre avait une longueur d'environ douze centimètres. Le procédé mis en usage a été le suivant. Tandis qu'un aide comprimait la région bulbeuse où se sentait la pointe de la tige, un stylet fut introduit dans l'urèthre et en le faisant tourner autour du corps étranger, on empêcha les aspérités de celui-ci de s'attacher à la muqueuse. Les contractions de l'urèthre ne tardèrent pas à le pousser au dehors, et il put être facilement saisi.

**6. Fragment d'obus logé dans la cloison médiane du nez; par M. LEMAISTRE, interne des hôpitaux.**

Ce morceau de plomb, qui a trois centimètres de diamètre en tous sens, a été retiré dans des circonstances toutes particulières. Le malade était entré ces jours derniers dans le service de M. DESNOS pour une bronchite. On s'aperçut qu'il avait de l'ozène. L'exploration rhinoscopique fit reconnaître, à la partie supérieure de la cloison du nez, un corps noir, dur, légèrement mobile, qui fut considéré comme un séquestre et arraché avec une pince. On fut fort étonné de voir que le prétendu séquestre était un éclat de plomb provenant du manchon d'un obus. Le malade raconta qu'à une des batailles de la Loire, en 1870, un obus était tombé à côté de lui : à ce moment, il avait senti quelque chose le frapper au visage, et il avait saigné du nez. Il avait cru que c'était de la terre qui avait été projetée par la chute de l'obus. Depuis lors, il avait toujours eu de la peine à respirer par les narines, et il se plaignait d'un écoulement sanieux continu. Le fait le plus curieux est que ce fragment avait pénétré dans le nez sans produire de plaie extérieure : il s'était logé à cheval sur la cloison, après l'avoir perforée. Tout autour, les bords de la solution de continuité étaient noirâtres, colorés par du sulfate de plomb.

**7 et 8. Anévrysmes de l'aorte; par M. DIANOUX.**

M. DIANOUX montre un anévrysme de l'aorte, trouvé à l'au-

topsie d'une femme morte de pneumonie. La lésion n'avait pas été soupçonnée du vivant de la malade. Elle siège au niveau de l'aorte ascendante, et se décompose en deux sacs anévrysmaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le premier est rempli complètement par des caillots stratifiés, et communique par un orifice très-étroit, avec l'intérieur du vaisseau; il est oblitéré dans sa presque totalité. Le second, au contraire, laissait encore pénétrer une grande quantité de sang. A sa partie postérieure était adossée la trachée qui formait paroi, et qui était déjà très-amincie en un certain point. Il est probable que là une rupture n'aurait pas tardé à se produire.

M. HOUEL fait remarquer que les deux sacs sont tout à fait indépendants, et que même le plus petit ne doit pas être considéré comme un anévrysme guéri, car son orifice de communication avec l'aorte, n'est pas fermé, et qu'il y a des caillots de la paroi décollés à ce niveau par l'ondée sanguine.

M. DIANOUX présente un second spécimen d'anévrysme de l'aorte observé comme le précédent, dans le service de M. Fauvel à l'Hôtel-Dieu. La malade, qui en était affectée, était une femme de 60 ans; elle présentait comme symptômes habituels de la dyspnée, des accès de suffocation survenant de temps à autre, et des quintes de toux striduleuse qui ressemblaient à des aboiements. Il y avait un notable degré de dysphonie, mais sans aphonie véritable. L'examen laryngoscopique des cordes vocales n'a du reste jamais pu être fait, à cause de l'oppression qu'il causait à la malade. Le diagnostic, pendant la vie, était resté longtemps hésitant entre un anévrysme aortique ou une tumeur ganglionnaire. Dans le fait, les deux existaient, et l'on trouva à l'autopsie, une adénopathie bronchique qui englobait le nerf récurrent gauche. Celui-ci examiné par M. Liouville, présentait des lésions de sclérose. Malheureusement, l'examen des fibres musculaires des muscles laryngés correspondants, a été omis. L'anévrysme, par sa partie postérieure, était adossé à la trachée et à la bronche gauche qu'il comprimait.

**9. Kysto-sarcome du sein droit ; par M. HERPIN, interne des hôpitaux.**

F... (Louise), fermière de Normandie, entre à Lariboisière le 29 mai 1873 (service de M. TILLAX), salle Sainte-Jeanne, n° 23. — Agée de 57 ans, elle s'est toujours très-bien portée. Elle a eu deux enfants, dont le dernier il y a 20 ans. Les règles n'ont jamais cessé d'être normales; la ménopause a précédé de trois ans l'apparition de la tumeur du sein. Il y a environ

deux ans, elle s'aperçut qu'il se formait une grosseur à la partie supérieure du sein droit.

Le jour de l'entrée le pédicule de la tumeur mesure 73 centimètres de circonférence; le diamètre vertical a 19 centimètres. C'est depuis quelques mois surtout qu'elle s'est développée avec une grande rapidité. Elle est bosselée, dure; la peau est saine, sauf à la partie externe où elle présente une teinte érythémateuse, qu'on peut attribuer au frottement du bras. Elle glisse sur la tumeur; le mamelon n'est pas rétracté. La mobilité sur les parties profondes est complète.

Cette tumeur paraît très-vasculaire; de nombreux sinus veineux sont creusés dans l'épaisseur de la peau et la surface du néoplasme. A la partie externe, au point où la peau est érythémateuse et amincie, on constate deux ou trois bosselures plus saillantes que toutes les autres et fluctuantes.

La glande mammaire occupe la partie inférieure et interne de la tumeur, elle paraît complètement saine. — Il n'y a pas de ganglions engorgés dans l'aisselle. — Aucune douleur ne se manifeste, ni spontanément, ni à la pression. Le poids seul est gênant pour la malade. — Diagnostic: *Kysto-sarcome*.

*Opération.* — M. Tillaux procède à l'extirpation le 4 juin. La malade, endormie, il commence par faire une incision curviligne, à concavité inférieure, circonscrivant un lambeau de 23 centimètres de large, comprenant la glande mammaire dans son épaisseur. — Une deuxième incision curviligne à concavité également inférieure, circonscrit la tumeur à sa partie supérieure, et réunit les deux extrémités de la première incision. La tumeur est alors disséquée de bas en haut, et se détache facilement. — La mamelle est masquée par une épaisse couche de graisse, qui la sépare de la tumeur.

Depuis le premier coup de bistouri, jusqu'au moment où la tumeur est complètement détachée, en deux minutes et quelques secondes. La sous-clavière est comprimée pendant l'opération; l'hémorrhagie est très-peu abondante, et quelques vaisseaux seulement sont tordus. Le lambeau inférieur s'adapte exactement dans l'incision supérieure, de telle sorte qu'on peut les réunir par des points de suture, après avoir placé un tube à drainage à la partie inférieure de la plaie, qui mesure 43 centimètres de long.

*Examen de la tumeur.* — Elle pèse 12 livres 1½. — A la coupe elle offre tous les caractères du kysto-sarcome.

Au milieu, on trouve une vaste cavité anfractueuse dont l'un des prolongements correspond aux bosselures ramollies de la partie externe. Cette cavité renferme un liquide louche non visqueux, estimé à 200 grammes environ; un grand nombre de cavités plus petites criblent la tumeur dans tous ses points.



L'examen histologique a été fait par M. Grancher et confirme l'examen microscopique.

*Suites de l'opération.* — Elles ne présentent les 7 1<sup>ers</sup> jours rien de particulier. On fait chaque matin par le tube des lavages à l'eau alcoolisée.

Le 7<sup>e</sup> jour un érythème se déclare, qui envahit rapidement toute la partie antérieure du thorax, franchit même la clavicule droite, pour gagner la partie postérieure de l'épaule. En même temps, une partie large comme la paume de la main du lambeau inférieur se sphacèle. Le 21<sup>e</sup> jour après l'opération la malade sortait de l'hôpital, la plaie presque complètement cicatrisée.

*Récidive.* Le 3 octobre 1874, la malade rentre dans le service de M. Tillaux, salle Sainte-Jeanne, n° 24. — A sa sortie de l'hôpital l'année dernière, elle avait repris ses travaux habituels et se servait parfaitement de son bras droit. — Aucun signe de récidive n'apparaît pendant 8 mois. — Mais, au commencement d'avril 1874, se montre une nouvelle tumeur, grosse comme une noix, à la partie supérieure et externe de la mamelle. C'est par là aussi qu'avait débuté la 1<sup>re</sup> tumeur. Depuis cette époque elle n'a cessé de s'accroître. En août et septembre surtout, le développement paraît en avoir été extrêmement rapide.

A la visite du 4 octobre 1874, on voit une énorme tumeur occupant la partie supérieure et externe de la région mammaire. Elle s'étend en haut à trois travers de doigt de la clavicule. En dehors elle se termine à 4 centimètres de l'angle de l'omoplate. Sa forme est assez régulièrement arrondie,

La mensuration pratiquée avec soin donne les résultats suivants :

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| Circonférence de la base.....   | 71 cent. |
| Diamètre vertical.....          | 20 cent. |
| Diamètre transversal.....       | 25 cent. |
| Diamètre antéro-postérieur..... | 21 cent. |

Des veines volumineuses, de véritables sinus, sillonnent la superficie de la tumeur. — Vers le centre on constate une cicatrice linéaire due à l'incision pratiquée l'année dernière. Audessous de cette cicatrice se voient deux flocs de tissu cicatriciel, résultat du sphacèle dont nous avons parlé.

La tumeur présente une consistance assez ferme sur toute son étendue, excepté à sa partie supérieure et externe, où l'on perçoit une fluctuation très-nette due à la présence d'un kyste, de la grosseur d'un œuf de dinde. Excepté au niveau du kyste la peau n'est point adhérente. — Point de rétraction du mamelon ; (comme la 1<sup>re</sup> fois, la mamelle entière est saine et reje-

tée en dedans et en bas.) L'indépendance absolue des parties sous-jacentes est également constatée. Point de ganglions engorgés dans l'aisselle.

L'état général de la malade est excellent. A part quelques élancements qui se sont manifestés depuis quelques jours, il n'y a jamais eu de douleurs.

*Opération* le 7 octobre. — Le manuel opératoire est exactement le même que la première fois. Le lambeau de peau, circonscrit par les deux incisions courbes, est large de 10 centim. à sa partie moyenne. Le lambeau inférieur comprend aussi dans son épaisseur la glande mammaire, qui, enveloppée d'une épaisse couche de graisse, ne semble atteinte dans aucune de ses parties.

M. Tillaux, renversant le lambeau supérieur, attaque la tumeur par en haut, la fait basculer, et l'énuclée facilement avec les doigts. Les vaisseaux, comme cela a lieu dans les plaies par arrachement, ne donnent que très-peu de sang ; et l'aide chargé de comprimer la sous-clavière en cas d'hémorrhagie abondante n'a pas lieu de le faire.

Depuis le premier coup de bistouri jusqu'à la fin de l'extirpation de la tumeur, il ne s'écoule que 20 secondes. Une petite partie du lambeau inférieur, reconnue malade, est détachée avec le bistouri. Un tube à drainage est placé dans le fond de la plaie, dont les deux lèvres sont réunies par 8° points de suture, excepté dans 8 ou 10 centimètres de son extrémité interne. — Pansement avec de la charpie sèche et compression énergique avec un bandage de corps, pour obtenir, si c'est possible, le recollement immédiat des lambeaux.

*Suites de l'opération.* — Elles sont fort simples. Les lèvres de la plaie, dans les deux tiers externes, se réunissent par première intention. Les lambeaux se sont recollés en grande partie, et aujourd'hui, 23 octobre, on enlève le tube qui a servi à faire des lavages à l'eau alcoolisée.

Cette fois donc il n'y a pas eu de sphacèle d'une portion des lambeaux. Mais, comme il y a dix-huit mois, de l'érythème a envahi, vers le 8° jour de l'opération, une partie du thorax, et il en reste encore des traces. Toutefois il n'a modifié que très-peu l'état général et local, ni la marche vers la guérison qu'on peut considérer comme assurée.

*Examen de la tumeur.* — Elle pèse 3,800 grammes. — L'*examen histologique*, fait par M. DURET, démontre que deux parties distinctes sont à considérer : l'une est formée par la grosse masse de la tumeur, elle est compacte, et renferme les éléments du sarcome pur. L'autre partie, correspondant au voisinage de la mamelle, offre des dilatations, des culs-de-

sac et des cavités kystiques avec productions papillaires, qu'on ne rencontre pas dans la tumeur sarcomateuse.

Ce qui surtout nous a paru intéressant, c'est la récurrence d'une tumeur composée primitivement de cavités kystiques, et donnant lieu, un an plus tard, à une tumeur presque exclusivement sarcomateuse.

M. HOUEL. Dans l'opération de M. Tillaux, la glande mammaire n'a pas encore été enlevée en totalité, et l'on s'est borné à énucléer la tumeur. Or, ces sortes de tumeur, réputées bénignes, récidivent presque toujours sur place lorsqu'on n'enlève pas tout le sein, de sorte qu'il est prudent de pratiquer une ablation complète de la mamelle lorsque l'on a affaire à des productions de ce genre.

Un fait de la pratique de Jarjavay est un exemple très-démonstratif de la nécessité d'une opération radicale. Ce chirurgien dut faire sept énucléations successives d'une tumeur kystique de la mamelle chez la même malade : chaque fois, la tumeur se reproduisit sur place. La huitième fois, il se décida à extirper la glande en totalité, et, cette fois la tumeur ne repullula point : trois ans après ; quand je vis la malade, il n'y avait pas d'indices d'une récurrence. Dans ces cas, en effet, il y a toujours en dehors de la tumeur quelques grains glanduleux malades qui échappent, et qui deviennent le point de départ d'une nouvelle tumeur.

M. DURET. A l'appui de ce que vient de dire M. Houel, je donnerai quelques détails sur la constitution histologique de cette tumeur. Celle de l'an dernier avait été étudiée par M. Grancher, qui y avait trouvé les éléments d'un sarcome kystique où les kystes prédominaient. Je viens d'examiner la tumeur actuelle : elle se compose de deux masses distinctes : l'une centrale, constituée par du sarcome pur, l'autre périphérique, sarcome kystique. Il s'agit de savoir si la glande seule est le point de départ de la néo-formation, ou si le tissu conjonctif voisin y participe. Or, je crois qu'il faut attribuer autant d'importance à la repullulation du tissu conjonctif qu'à celle de l'élément glandulaire lui-même. Je rappellerai à cet égard une présentation que j'ai faite l'an dernier en commun avec M. Lagrange, où cet envahissement périphérique par le tissu conjonctif, devenu embryonnaire, était des plus nets. Il en ressort cette conclusion que non-seulement il faut, ainsi que l'indique M. Houel, enlever toute la portion glandulaire pour évi-

ter une récidive, mais étendre l'incision au tissu cellulaire voisin.

M. COYNE demande à M. Duret si, dans l'examen qu'il a fait de la partie dure de la tumeur, il n'a trouvé que des éléments sarcomateux, sans lacunes interstitielles. M. Duret répond qu'il n'a vu aucune de ces lacunes : M. Cadiat, qui a également étudié cette portion de la tumeur, en a rencontré plusieurs, ce qui lui fait supposer que, même en ce point, il existe une modification des éléments glandulaires primitifs de la mamelle.

**10. Tumeur fibro-plastique très-volumineuse du méésentère, développée probablement dans les ganglions lymphatiques ;**  
par M. LADMIRAL, externe des hôpitaux.

C... François, âgé de 60 ans, employé des Ponts-et-Chaussées, entre le 23 septembre 1874, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Jérôme (service de M. DUGUET). Il vient réclamer des soins pour une *tumeur du ventre* dont le développement récent, mais assez rapide, lui cause de sérieuses inquiétudes. Cet homme paraît d'une constitution vigoureuse. Petit, sec, brun, il semble n'avoir que 45 à 50 ans au plus. Né dans le midi de la France, non loin des Pyrénées, il raconte qu'il a toujours joui d'une santé excellente. Il fit le siège de Rome, y gagna la fièvre intermittente dont il fut bien guéri, et il n'indique comme accidents vénériens que des blennorrhagies sans complications. Depuis qu'il a cessé d'être soldat, il n'a fait aucune maladie importante, et il a ralenti sensiblement les quelques excès de boissons auxquels il se livrait étant militaire. Toutefois, il aurait eu l'an dernier une petite pleurésie du côté gauche.

Il y a trois mois, il vint une première fois à la consultation de l'hôpital. Depuis quelque temps il avait remarqué, par hasard, que son ventre renfermait une masse assez dure, et il avait été frappé par l'accroissement progressif de cette masse, bien qu'il conservât son embonpoint, son appétit et ses forces. La tumeur était parfaitement indolente ; mais des vomissements s'étaient déclarés la veille et avaient déterminé le malade à venir demander conseil. Autant qu'on put en juger rapidement, et en raison du bon état de santé générale, on s'arrêta volontiers à l'idée d'un *kyste hydatique du foie ou de la rate*. Les vomissements se calmèrent ; et le malade resta chez lui pendant trois mois, sans être autrement incommodé par sa tumeur.

Depuis quelques jours, les vomissements s'étant montrés de nouveau, verdâtres, réitérés et abondants, le malade vint le

23 septembre pour rester à l'hôpital. Son appétit, ses forces et son embonpoint avaient diminué notablement, disait-il, depuis quelques jours seulement.

L'examen minutieux du ventre permet à M. Duguet de reconnaître qu'une énorme tumeur occupe au moins toute la moitié supérieure de la cavité abdominale ; la région ombilicale est fortement soulevée, et le soulèvement s'étend aux hypochondres, à droite comme à gauche. Au contraire, la région sous-ombilicale est plate, elle renferme toutes les anses intestinales sans aucune trace d'épanchement péritonéal.

Tandis que la portion inférieure du ventre est souple et sonore, la portion supérieure est rénitente, dure, et mate dans presque toute son étendue : La matité de la tumeur est confondue d'une part avec celle du foie, au niveau et en dehors de la vésicule, dans une étendue de 3 à 4 travers de doigt, d'autre part, avec celle de la rate qui semble lui faire suite directement ; vers la région ombilicale, cette matité gagne en hauteur, sans envahir toutefois la région épigastrique, qui reste sonore. L'estomac se trouve ainsi compris dans une sorte de concavité formée par cette tumeur qui va de la rate au foie en s'incurvant pour ainsi dire en anse sous l'estomac.

La palpation qui est facile, en raison de l'indolence absolue de la région malade, fait reconnaître que cette tumeur est ferme, de consistance élastique, glissant assez facilement sous la paroi abdominale, et s'enfonce profondément vers la colonne vertébrale ; à droite, elle paraît en connexion étroite avec la face inférieure du foie, à gauche, avec l'extrémité inférieure de la rate ; il est impossible d'y trouver une fluctuation évidente. Arrondie, d'une façon générale, et allongée transversalement, la tumeur semble constituée par la réunion de 3 masses secondaires, légèrement convexes, séparées par des sillons assez superficiels, mais reconnaissables.

Il existerait ainsi une tumeur centrale grosse environ comme la tête d'un nouveau-né, occupant le voisinage de l'ombilic, et deux tumeurs latérales moins volumineuses, ayant les connexions sus-indiquées.

Les limites du foie et de la rate recherchées avec soin, démontrent d'ailleurs que ces deux organes n'ont subi aucun déplacement ni aucune augmentation de volume.

La palpation du creux épigastrique produit un bruit de glou-glou indiquant que l'estomac distendu et entouré de toutes parts, contient à la fois des gaz et des liquides. L'examen clinique a été complètement négatif au point de vue de tous les autres organes.

Où siégeait cette tumeur? Quelle en était la nature? Telles furent les deux questions que se posa M. Duguet.

Mettant de côté le rein, en raison de la prééminence de la tumeur en avant et sur le milieu, et en raison de l'absence de troubles quelconques, dans les fonctions urinaires, on devait songer au *foie*, à la *rate* ou au *péritoine*.

Le foie avait conservé ses dimensions habituelles, et il ne pouvait guère avoir que des rapports de contact par sa face inférieure avec la tumeur. Point d'ictère.

La rate, bien que confondue par en bas avec la tumeur, ne remontait point plus haut que d'ordinaire; les fièvres intermittentes, dont le malade avait été atteint il y a trente ans n'avaient point laissé de traces. Il était donc probable que la tumeur n'avait pris naissance ni dans le foie ni dans la rate.

Restait le péritoine, soit le mésentère, soit l'épiploon. L'intestin, dont les fonctions avaient toujours été bonnes, ne pouvait être mis en cause, surtout pour une tumeur d'un aussi grand volume. Celle-ci, développée dans le péritoine, avait dû se mettre en rapport avec le foie et la rate en suivant les épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique. Ce fut aussi l'opinion de M. Siredey à qui M. Duguet fit voir le malade.

Il était plus difficile encore d'en déterminer la nature; une ponction exploratrice fut décidée; elle fut faite, le 26, avec l'*explorateur Castiaux*, au centre de la masse centrale à un centimètre et demi à gauche de l'ombilic. La pénétration se fit comme dans une masse charnue, et il ne sortit aucun liquide; l'aiguille avait pénétré à plus de six centimètres de profondeur. L'idée d'un kyste hydatique fut dès lors éloignée. Était-ce un cancer? Mais l'absence de douleurs soit spontanées soit à la pression, l'absence de tout liquide dans le péritoine, l'absence surtout de la cachexie cancéreuse étaient autant de motifs qui empêchèrent d'admettre résolument le cancer: on s'arrêta donc à l'idée d'une *tumeur charnue* mais parfaitement inattaquable.

27. Continuation des vomissements, malgré l'administration de la glace, de bouillons et boissons glacées et d'une potion de Rivière.

29. Les forces diminuent visiblement, la voix se couvre. Point de douleurs dans l'abdomen, même au niveau de la piqure.

30. Les vomissements bilieux continuent; vésicatoire volant au creux épigastrique, soit vive, traits altérés, voix presque éteinte.

1<sup>er</sup> octobre. Les forces s'en vont rapidement, les extrémités deviennent froides et bleuâtres, le malade a conscience d'une fin prochaine et meurt en effet dans l'après-midi à 3 heures.

**AUTOPSIE**, 30 heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée. — A l'ouverture de l'*abdomen*, on trouve une énorme *tumeur* charnue, rosée, avec les lobes et les contours qu'on lui avait exactement trouvés durant la vie.

Soulevant la paroi antérieure de l'*abdomen*, elle repose sur la colonne vertébrale; simplement en contact avec la face inférieure du foie ainsi qu'avec l'extrémité inférieure de la rate, elle a légèrement refoulé ces deux organes en haut et en arrière; son bord supérieur, concave, embrasse tout l'estomac qui est dilaté, contient encore beaucoup de bile à peu près pure, mais dont les orifices sont libres et la structure normale.

Recouverte par le grand tablier épiploïque mince, mais encore graisseux, la tumeur a pour point de départ le mésentère lui-même; elle comprime, à droite, le duodénum au-dessous de l'ampoule de Water, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à mesure qu'elles s'écoulaient dans l'intestin. Le reste de l'intestin n'offre rien à indiquer; le gros intestin est refoulé en bas et en avant, le colon transverse contient seul une petite tumeur aplatie, grosse comme une forte lentille, saillante à la face interne, paraissant développée sur la muqueuse; en un point, cet intestin a contracté quelques adhérences avec la face antérieure de la tumeur. Ganglions mésentériques plus développés au voisinage de la tumeur.

*Foie* présentant son développement et sa teinte habituels; quelques petits kystes crétacés sont disséminés le long des canaux biliaires, dans l'intérieur du parenchyme. Vésicule petite, ratatinée sur un calcul allongé, gros comme le doigt, unique, bien que présentant une facette plane à chacune de ses extrémités. Les parois de la vésicule sont enflammées chroniquement.

*Rate* normale. Pancréas et reins n'offrant rien à noter. Il en est de même des organes contenus dans le *thorax*. A gauche, il existe des adhérences pleurales, assez fortes, reliquats de la pleurésie récente. — Rien au cœur.

La *tumeur* paraît formée par le développement simultané de trois glandes mésentériques fortement accolées, du moins on ne voit pas quel autre point de départ on pourrait invoquer. Au niveau de la piqure on trouve sur le péritoine une petite ligne grisâtre, mais il n'y a pas trace de péritonite au pourtour. Impossible de retrouver profondément, dans la masse, le trajet suivi par l'aiguille. Le poids de la tumeur est d'environ 8 à 9 livres.

A la coupe, on lui trouva une fermeté et une consistance qui rappellent exactement celles des myomes utérins. Il existe une

enveloppe fibreuse peu épaisse; il existe au-dessous une substance d'un gris rosé, charnue; puis, au centre, on arrive sur un tissu jaunâtre, qui forme un noyau, occupant une grande partie de la tumeur; ce noyau jaunâtre n'est pas arrondi à sa périphérie; il se termine en s'épanouissant pour ainsi dire sous forme de rayons qui pénètrent plus ou moins profondément du centre à la périphérie de la substance corticale rosée. Tous ces tissus semblent peu vasculaires, ils crient sous le scalpel et ne donnent au grattage qu'une quantité minime de suc transparent; point de suc blanc cancéreux; et d'ailleurs; même dans les portions centrales jaunâtres, il n'y a point de foyers ramollis.

L'étude qu'en ont faite MM. Renaut et Malassez au laboratoire du Collège de France, confirme pleinement l'idée émise par M. Duguet au moment de l'autopsie, à savoir qu'il s'agit là de tumeurs fibro-plastiques, développées primitivement, selon toute vraisemblance, dans les ganglions mésentériques.

**11. Otite suppurée: abcès propagé au cervelet et au lobe sphénoïdal du cerveau: développement d'un zona symptomatique le long des branches du trijumeau; par le docteur RENAUT, interne des hôpitaux.**

M. RENAUT montre l'*encéphale* d'une femme de 32 ans, morte dans le service de M. LORAIN. Cette malade était convalescente d'un érysipèle et atteinte d'une otite suppurée de l'oreille droite: elle était sourde également de l'oreille gauche, par suite d'une otite qu'elle avait eue dans son enfance. Elle souffrait de douleurs névralgiques assez intenses, mais son état ne paraissait offrir aucune gravité, lorsqu'elle mourut subitement, en s'asseyant sur son lit.

L'AUTOPSIE fit voir un abcès étendu siégeant dans le lobe droit du cervelet, avec propagation d'une otite suppurée aux méninges. A la partie antérieure du rocher correspondait un second abcès, aussi volumineux que le précédent, occupant toute la région sphénoïdale de l'hémisphère droit. Pendant la vie, aucun trouble fonctionnel n'avait décelé la probabilité d'une lésion encéphalique, à part la céphalalgie qui n'avait pas de siège spécial. Sous ce rapport ce fait rentre dans la catégorie de ceux qui ont été réunis par M. Brouardel.

Mais, trois jours avant la mort de la malade, était survenu un phénomène intéressant: sans cause appréciable, des groupes de vésicules d'herpès s'étaient développés sur la joue, au niveau du trou sous-orbitaire, aux lèvres et au menton, à l'émergence du nerf mentonnier. La circonscription de ces



groupes d'herpès avait fait penser à un zona symptomatique d'une altération du ganglion de Gasser. Pourtant l'examen de ce ganglion, pratiqué à l'état frais, dans le picrocarmine d'ammoniaque, et aussi dans l'acide osmique, ne fit découvrir aucune lésion appréciable, non plus que dans les nerfs maxillaires supérieur et inférieur.

La corde du tympan, qui plongeait dans le pus, paraissait *a priori* le seul nerf qui pût être malade. M. Renaut se demande si l'on pourrait rapporter à des lésions de ce nerf le zona observé.

M. LABORDE. Cette interprétation physiologique ne me paraît pas acceptable, et il est plus rationnel d'admettre que le trijumeau a subi quelque modification fonctionnelle dont la nature nous échappe. Il suffit d'un peu de méningite par propagation pour déterminer des phénomènes congestifs qui échappent après la mort.

M. LANDOUZY. J'ai observé, l'an dernier, à Beaujon, dans le service de M. Fernet, un fait dont l'interprétation a été rendue, par la nécropsie, plus facile qu'elle ne l'est dans l'observation présentée par M. Renaut. Chez une femme, amenée à l'hôpital, sans connaissance, avec un écoulement de l'oreille droite, sans fièvre, on vit apparaître le lendemain une éruption d'herpès occupant la commissure labiale droite. Comme dans la pièce qui vous est présentée, il y avait abcès du lobe sphénoïdal droit, mais la dure-mère était décollée par le pus dans presque toute l'étendue de l'étage moyen de la base du crâne et le ganglion de Gasser droit était baigné par le pus. L'herpès observé chez cette malade me parut manifestement symptomatique d'une irritation nerveuse.

M. CHARCOT. De ce que Bærensprung et Neumann ont signalé des lésions dans le zona, il ne s'ensuit pas que l'on doive toujours en trouver de comparables. J'ai publié, il y a déjà longtemps, et avant Bærensprung, les premiers faits de ce genre, et j'ai donné le résultat d'autopsies positives quelques années plus tard. Mais dans nombre de cas, le résultat de l'investigation anatomique a été nul, et d'ailleurs Bærensprung n'a trouvé de son côté de lésions positives que dans deux autopsies de phthisiques. Il y a donc lieu de réserver encore jusqu'à nouvel ordre la question, car tous les zones sont loin d'être comparables.

M. HOUZÉL. Ces différences se retrouvent d'ailleurs dans le

tableau clinique de l'affection, car chacun sait que le zona ne se comporte pas toujours de la même manière, qu'il est fréquemment indolent à toutes ses périodes, et qu'on est loin de retrouver d'une façon constante les névralgies opiniâtres qui ont été signalées après l'éruption.

**13. Lésions tuberculeuses des muqueuses ;** par M. CADIAT, interne des hôpitaux.

M. CADIAT présente le résultat de ses recherches sur les lésions histologiques que l'on rencontre dans les ulcérations des muqueuses chez les tuberculeux. Ses investigations ont porté surtout sur les muqueuses de la langue, du pharynx, de l'intestin, de l'utérus, de l'ovaire, des uretères, de la vessie, de l'urèthre et du canal déférent. Partout, et sur tous les sujets examinés, sans exception, la lésion s'est montrée identique : C'est une infiltration d'éléments nucléaires très-petits qui pénètrent dans le tissu conjonctif, entre les fibres musculaires et les culs-de-sac glandulaires, et qui finissent par les atrophier. Lorsque ces petits noyaux cellulaires se réunissent en amas confluent, ils donnent lieu à l'apparence de granulations tuberculeuses. Quant à la granulation elle-même, sa présence est relativement rare dans les ulcérations tuberculeuses.

M. CADIAT croit pouvoir conclure de ses recherches à l'unité de la tuberculisation des muqueuses.

M. HANOT. J'ai eu l'occasion récemment d'examiner avec M. Grancher deux cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue : nous avons trouvé les lésions dont parle M. Cadiat ; les granulations étaient fort rares et même pourraient bien n'être qu'une apparence.

M. RENAULT. Je demanderai alors à M. Cadiat qu'elle est l'opinion qu'il se fait de la granulation tuberculeuse et comment il la définit. J'ai vu, en effet, dans des ulcérations du larynx, où l'on reconnaissait à l'œil nu des granulations miliaires, les lésions suivantes. Les culs-de-sac glandulaires étaient dissociés par une infiltration de petits éléments nucléaires. Ceux-ci devenaient de plus en plus serrés, et à un certain moment, une nodosité se trouvait constituée, qui avait l'aspect d'une granulation tuberculeuse. Il semblait donc que, dans ce cas, la granulation n'existât pas comme entité morbide distincte : elle résultait seulement du groupement accidentel des petits noyaux cellulaires.

M. CADIAT. Je crois, en effet, que la granulation tuberculeuse peut être le résultat de plusieurs processus différents ; aussi pour moi la lésion constante est-elle l'infiltration des noyaux dans les travées conjonctives des muqueuses.

M. CHARCOT. L'opinion que vient d'émettre M. Cadiat est celle vers laquelle convergent de différents côtés la plupart des histologistes. M. Grancher et M. Thaon ont remis en honneur l'infiltration tuberculeuse du poumon, décrite par Laennec, et d'après les recherches qu'on nous présente, il en serait de même pour les muqueuses. Toutefois, il faut bien dire que, dans le poumon, la granulation miliaire, a une autonomie spéciale, et qu'elle se comporte d'une façon particulière. Wagner prétend, en effet, qu'il entre dans sa constitution, parfois, une sorte de réticulum.

M. CADIAT. On peut voir sur les préparations que dans les points du pharynx où existe normalement le tissu réticulé, on voit des granulations tuberculeuses qui n'affectent point cette disposition. On peut même voir sur cette muqueuse, qui est très-riche en fibres élastiques, ces noyaux disposés en séries longitudinales suivant la direction de ces fibres, ce qui prouve que ces dépôts de noyaux correspondent à la distribution générale des éléments du tissu, et ne forment pas un tissu spécial.

M. RENAUT. Le tissu au milieu duquel se développe la granulation a bien évidemment une influence sur la façon dont elle se présente sous le microscope : ainsi, on ne peut guère comparer la granulation isolée et circonscrite des séreuses, par exemple, à l'infiltration diffuse de jeunes cellules qui caractérise les lésions tuberculeuses des ganglions lymphatiques.

**13. Lymphadénome de la région sous-maxillaire; par le Dr**  
**MARCHAND, professeur des hôpitaux.**

Mme X..., après un premier accouchement laborieux, qui produisit une déchirure du périnée, dut garder le lit pendant 8 mois. Dans l'hiver 1871-1872, elle eut une seconde grossesse. Ce fut pendant son cours, que vers le mois de mars 1872, la malade s'aperçut de la présence d'une petite grosseur en avant de l'angle inférieur du maxillaire inférieur gauche, dans un point qui correspondait à la place occupée par la glande sous-maxillaire.

La tumeur augmenta peu à peu : au mois de juillet, elle

avait le volume d'une noix. Elle était dure, peu mobile, sans cependant adhérer manifestement à l'os, et absolument indolente. Après l'accouchement survenu vers cette époque, elle diminua un peu de volume ; mais il resta toujours à cette place un point induré.

Au printemps de 1873, la tumeur reparut avec ses caractères, sans cependant acquérir un volume plus considérable que la première fois. La malade consulta M. M. Sée, qui prescrivit un traitement dont la base était l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, la grosseur reprit pour la seconde fois une marche rétrograde et, vers la fin de 1873, elle était sur le point de disparaître.

Au mois d'avril 1874, elle fit de nouveaux progrès, peu rapides d'abord, puisqu'au mois de juin elle n'avait encore que le volume d'une petite noix, mais qui devinrent bien plus sensibles à partir de cette époque. M. Verneuil, consulté alors, fit faire des badigeonnages à la teinture d'iode, et envoya la malade aux bains de mer. Et nonobstant, le mal fit des progrès ; et au mois d'octobre il offrait les caractères suivants :

La tumeur avait le volume d'un œuf de poule, elle occupait la région sous-hyôïdienne, était en rapport avec le bord inférieur du maxillaire, le débordant même pour se mettre en contact avec sa face externe sur une petite étendue. Les limites en arrière ne dépassaient pas une ligne qui aurait continué le bord postérieur du maxillaire ; en avant, le sillon labio-mental, ou bien le prolongement de ce sillon la circoncrivaient.

La base de la tumeur, qui était en rapport avec le maxillaire, semblait lui adhérer ; cette partie constituait le point le plus dur de la masse morbide. Il existait un certain degré de fluctuation. La peau présentait une coloration rouge disparaissant à la pression, qui fit croire qu'un abcès se formait. La tumeur présentait de légers mouvements d'expansion ; la main, appliquée sur elle, était légèrement soulevée. Ces mouvements devenaient bien plus appréciables quand on se plaçait derrière la malade de façon à voir la tumeur de profil ; à l'auscultation, on percevait de légers bruits de souffle intermittent. Les vaisseaux superficiels n'étaient pas sensiblement dilatés. Des cataplasmes furent appliqués pendant quelques jours pour combattre l'inflammation commençante de la peau. L'état général de la malade était bon, elle avait peut-être un peu maigri, mais elle avait conservé son appétit, ne souffrait pas, ne rencontrait qu'une gêne modérée dans l'accomplissement des diverses fonctions de la bouche.

Le *diagnostic* ne laissait pas que de présenter quelques in-

certitudes : cependant la marche rapide et l'accroissement continu du mal, l'insuffisance bien constatée des divers moyens employés, engagèrent M. Verneuil à proposer une opération qui fut acceptée et pratiquée le 9 octobre 1874.

Une incision, semi-elliptique, à convexité inférieure, fut pratiquée à l'extrémité antérieure de la production pathologique, à ses limites postérieures. Le lambeau, ainsi circonscrit, fut disséqué et relevé ; la lèvre inférieure de l'incision fut également abaissée et la face externe mise à nu dans toute son étendue. On put se convaincre immédiatement que le tissu pathologique n'était pas limité par une membrane celluleuse, l'isolant des tissus voisins, comme cela se voit pour certaines productions sarcomateuses ; il se continuait sans limites précises avec le pannicule adipeux sous-cutané, lequel était lui-même envahi au niveau de la partie la plus saillante, de telle sorte qu'à ce niveau le néoplasme venait presque au contact de la face profonde du derme et immédiatement avant l'opération, une ponction exploratrice avait été pratiquée en ce point et n'avait conduit à aucun résultat. Il était sorti quelques gouttes de sang par la canule ; et on put se convaincre que cette dernière était immobile et fixée dans une masse cohérente.

Restait à exécuter le temps le plus difficile de l'opération, la séparation d'avec les parties profondes. Je dois à ce sujet faire observer que M. Verneuil a proposé, et met en usage dans sa pratique, une méthode opératoire particulière pour l'extirpation des tumeurs situées dans une région dangereuse. Cet habile chirurgien ne procède à l'isolement des parties profondes que d'une façon lente et ménagée au moyen des doigts ou d'instruments mousses. Lorsqu'on atteint un vaisseau offrant quelque volume, la section en est pratiquée entre deux ligatures ; il en est de même des tractus cellulofibreux, qui ne pouvaient être détruits sans l'emploi de l'instrument tranchant. Lorsque la région le permet ou que les connexions vasculaires de la tumeur l'exigent, les vaisseaux de quelque importance sont dénudés et sectionnés d'abord à leur sortie du néoplasme ; puis cette dernière, isolée peu à peu de ses autres connexions profondes, est renversée, de façon à ne plus être reliée que par un pédicule contenant les vaisseaux volumineux, à leur entrée dans le néoplasme. Une double ligature est appliquée, et la séparation achevée.

Dans le cas particulier, on eut d'abord à isoler la tumeur du maxillaire avec lequel nous avons vu qu'elle avait contracté des adhérences intimes. Cette séparation exigea l'emploi de la rugine ; l'os fut complètement dénudé, mais on put se convaincre qu'il était intact et n'avait subi aucune altération. Le

périoste seul avait été envahi et avait suivi le tissu pathologique.

L'artère maxillaire externe, comme les rapports l'avaient fait prévoir, était de toutes parts englobée par le tissu morbide. Aussi, avant de commencer la dissection profonde, artère et veines maxillaires externes furent-elles divisées et liées au niveau du bord antérieur des masséters.

De même lorsque les adhérences profondes eurent toutes cédé peu à peu, les mêmes vaisseaux, isolés à leur entrée dans la tumeur, furent sectionnés de nouveau entre deux ligatures. Grâce à cette méthode, l'hémorragie résultant de cette laborieuse et longue opération, fut absolument insignifiante.

A la place de la tumeur, il reste une plaie large et anfractueuse, limitée en haut par la face externe et le bord inférieur des maxillaires dénudés de leur périoste; plus bas par le muscle hyoglosse, qui avait été quelque peu maltraité à sa partie supérieure. Les limites antérieure et inférieure étaient formées par le digastrique; tout à fait en arrière, à la place qu'occupait le prolongement le plus reculé, on voyait battre les vaisseaux carotidiens, protégés seulement par leur gaine celluleuse. Aucun organe important, à part la faciale, n'avait été intéressé; quelques filets du facial furent sectionnés cependant comme le démontra un léger degré d'hémiplégie faciale, limitée aux muscles de la région inférieure de la face et qui fut très manifeste immédiatement après l'opération.

La tumeur, aussitôt après son extirpation, atteignait environ le volume du poing. Sa forme était celle d'un ovoïde, à peu près régulier, à grand diamètre parallèle au bord inférieur de la mâchoire. La face profonde offrait des bosselures assez considérables.

De ce côté, elle était limitée par une gaine celluleuse mince et incomplète. Vers la partie postérieure de cette face profonde, on voyait une petite masse de tissu jaunâtre, formé de granulations absolument semblables à celles des glandes salivaires. Cette masse, qui offrait la forme d'une amande, n'était autre que la glande sous-maxillaire qui avait été extirpée en totalité. Par sa face profonde elle était encore recouverte de la gaine celluleuse; en dehors, au contraire, elle faisait corps avec le néoplasme dont on ne pouvait la séparer.

Il nous a semblé utile de bien préciser la forme, le siège et le volume de ce qui restait de la glande sous-maxillaire. Ces constatations nous permettent, en effet, en dehors de tout examen histologique, de préciser quel a été le point de départ de la végétation pathologique. Que l'on se rappelle la position superficielle, par rapport à la glande, des ganglions sous-maxillaires et on verra que, par suite d'un développement exagéré,

ils se mettent tout d'abord en contact avec le maxillaire, et que, de plus, ils repoussent la glande sous-maxillaire vers les parties profondes de la région, là où nous l'avons rencontrée. Remarquons, du reste, que les rapports n'avaient pas changé d'une façon absolue; qu'elle était toujours bien en contact avec la face externe de l'hyoglosse, et que sa profondeur relative n'était due qu'au développement exagéré des tissus qui normalement sont en rapport avec ses parties interstitielles.

Voici quels étaient les caractères du tissu morbide lui-même: Sur une section antéro-postérieure, on le voyait formé comme de deux couches d'aspect très-différent, l'une profonde, l'autre plus rapprochée des téguments.

La partie profonde était constituée par les bosselures dont nous avons signalé l'existence. Son tissu offrait une coloration blanc-grisâtre, de consistance molle, se laissant en conséquence, déchirer avec facilité.

Par le raclage sur les coupes fraîches, on obtenait un suc blanc, crémeux, très-abondant, facilement miscible à l'eau, offrant tous les caractères du suc cancéreux le plus légitime. Un examen histologique de ce suc, pratiqué immédiatement, fit voir qu'il était constitué par une quantité extrêmement considérable d'éléments cellulaires, en suspension dans un liquide peu abondant. Leur forme rappelait à s'y méprendre celle des éléments normaux des ganglions lymphatiques.

Les parties centrales de la tumeur, ainsi que celles qui étaient plus superficiellement situées du côté de la peau, étaient ramollies, sans aucune consistance. Leur coloration était rouge grisâtre et elles présentaient l'aspect d'une pulpe molle et semi-liquide.

Ce suc de la tumeur, examiné peu après l'opération, était constitué par un nombre considérable d'éléments absolument semblables à ceux des ganglions lymphatiques normaux.

Le plus grand nombre étaient des noyaux assez volumineux, contenant un nucléole apparent, et dont le diamètre variait de 0,007 à 0,009. Quelques-uns de ces noyaux étaient entourés d'une couche mince de protoplasma.

Après durcissement dans le liquide de Müller, on put voir que les éléments formaient par leur juxtaposition des masses assez considérables en forme de boyaux, limitées par des cloisons conjonctives minces. Les préparations, lavées au pinceau, montraient que les éléments étaient réunis et séparés tout à la fois par un réticulum très-fin analogue à celui des ganglions normaux, s'appuyant en dehors sur les trachées que nous avons signalées.

*Séance du 9 octobre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**14. Kyste hydatique du foie guéri spontanément :** par M. CH. LEROUX, interne des hôpitaux.

La pièce provient d'une femme de 72 ans, entrée à l'hôpital Necker (service de M. DÉSORMEAUX), pour une brûlure légère de la main droite et qui, affaiblie par l'âge et la misère, est morte d'épuisement sénile, sans que rien pût faire prévoir les lésions rencontrées à l'autopsie.

En ouvrant l'abdomen, nous avons trouvé un foie assez volumineux, présentant sur sa face inférieure, à droite, près de la grosse extrémité, trois bosselures d'inégal volume, dont deux offraient, en outre, une consistance molle, se rapprochant de la fluctuation. L'ouverture de la plus petite de ces bosselures a permis de constater qu'il s'agissait d'un kyste hydatique récent peu développé; la seconde bosselure, beaucoup plus volumineuse, contenait un sac kystique, dont les parois, fortement colorées en jaune par la bile, formaient un grand nombre de replis adossés à eux-mêmes et remplissaient ainsi exactement l'intérieur de la poche, constituée par le tissu hépatique refoulé, et pour laquelle ce sac déplié était beaucoup trop grand.

Il nous a semblé que c'était là un cas de guérison spontanée de kyste hydatique du foie, guérison qui s'explique de la façon suivante : La bile a pénétré dans la poche par une ouverture, que malheureusement il ne nous a pas été possible de retrouver, a tué les hydatides, puis les parois du sac se sont rapprochées, ont formé des replis qui, s'adossant les uns aux autres et convergeant vers le centre, ont fini par oblitérer complètement la cavité.

Quant à la troisième bosselure, qui était la plus rapprochée de la grosse extrémité du foie, elle était formée de tissu hépatique et n'était autre chose qu'un lobe supplémentaire. Nous ferons de plus observer que le siège de ces kystes hydatiques, à la face inférieure du foie, ne permettait pas d'en faire le diagnostic pendant la vie.



**15. Kystes hydatiques uniloculaires du rein, du poulmon et de la rate; par M. DEFFAUX, interne des hôpitaux.**

N..., née de parents sains, ne présente rien à noter pendant son enfance; à 16 ans, les fonctions menstruelles s'établissent et s'effectuent régulièrement à partir de ce moment; elle a un enfant à 22 ans. C'est vers l'âge de 29 ans qu'elle commence à éprouver dans le côté gauche une sensation de pesanteur et à s'apercevoir de la présence d'une petite grosseur au-dessus de l'épine iliaque antérieure et postérieure, bientôt, par suite du développement incessant de cette tumeur, la marche devient difficile, pénible même, et la malade est obligée de garder un repos presque absolu.

A part cette véritable infirmité, toutes les fonctions s'effectuent bien: la malade ne maigrit pas et ne perd pas ses forces. Mais la tumeur allait grossissant et devenait tellement gênante que C..., qui n'avait fait jusqu'alors que des traitements infructueux, se décida à entrer à l'hôpital pour obtenir la guérison.

*Etat au moment de l'entrée (10 août.)* Par un examen superficiel, on trouve une masse très-volumineuse remplissant le flanc gauche et déterminant une saillie très-appreciable à la vue; pour préciser davantage, par la percussion, et surtout par la palpation, en déprimant fortement les parois abdominales, on sent que la tumeur se prolonge en avant jusqu'à la ligne médiane, en bas, presque jusqu'à l'épine et la crête iliaques et qu'en arrière elle se perd derrière la masse sacro-lombaire; mais, en haut, les limites sont beaucoup moins précises; environ à quatre centimètres au-dessous des fausses côtes, la tumeur paraît se terminer ou tout au moins se rétrécir, ce qu'on perçoit très-bien par la percussion, mais immédiatement au-dessus, la percussion révèle une matité qui ne peut guère être en rapport qu'avec une autre tumeur, cette matité s'étend donc depuis trois centimètres environ au-dessous des fausses côtes jusqu'à la 4<sup>e</sup> côte, en avant comme en arrière, puisqu'on la perçoit jusqu'à la colonne vertébrale.

La palpation, la percussion et tous les autres moyens d'exploration n'aboutirent, comme nous venons de le voir, qu'à déterminer la limite de la ou des tumeurs; on ne put sentir la moindre fluctuation; au contraire, la masse paraissait être d'une dureté remarquable; la malade n'éprouvait aucune douleur au repos, la pression n'en déterminait pas davantage, mais dans la station verticale, elle se plaignait de pesanteur, de tiraillements dans tout le côté gauche, jusque dans les bronches et même dans l'épécule.

L'état général ne paraît pas du tout altéré, pas d'amaigrissement; l'appareil digestif fonctionne bien, à part quelques vomissements le matin; pas d'alcoolisme. Rien du côté des reins l'urine, rendue sans aucune douleur, est normale.

Les règles sont régulières et abondantes et le toucher vaginal permet de constater qu'il n'y a aucune relation entre l'utérus ou ses annexes et la tumeur que porte cette femme. Rien au cœur, rien non plus dans la poitrine, si ce n'est la matité que nous avons déjà signalée et qui ne peut se rapporter qu'à la tumeur elle-même ou bien à un épanchement pleurétique.

En face d'une absence aussi considérable de symptômes, diverses opinions plus ou moins fondées furent émises sur la nature et le siège de cette tumeur. Après avoir rejeté l'idée d'une tumeur maligne, du moins par sa nature, on songea à une hydronéphrose, puis avec plus de raison à un kyste hydatique, dont on ne pouvait guère préciser le siège. Aussi, en face d'un diagnostic aussi peu précis et en face de l'impossibilité dans laquelle on se trouvait de soulager la malade par un traitement expectant, on se décida, sur l'avis de plusieurs médecins, à pratiquer une ponction exploratrice.

Après quatre applications successives de pâte de Vienne, une ponction capillaire, le 24 septembre, donna issue à un liquide incolore non albumineux contenant de l'urée, des chlorures, mais pas de sulfates ni de phosphates; l'examen microscopique ne révèle pas la présence de crochets.

28. Nouvelles applications de caustique suivies, le 3 octobre, d'une ponction avec un gros trocart: cette fois on extrait environ 1,000 grammes d'un liquide clair, un peu jaunâtre, contenant de l'urée et aussi de l'albumine. L'urine continue à être normale. Immédiatement après la ponction, on injecte une certaine quantité du mélange suivant: teinture d'iode et iodure de potassium, deux cuillerées de chaque pour un litre d'eau. Pendant la journée la malade éprouve des douleurs du ventre; le soir elle vomit; la température qui était normale s'élève à 39°. Un tube de caoutchouc est fixé à demeure.

4, matin. — On trouve réunis tous les symptômes d'une *péritonite*; le liquide qui s'écoule par le tube a une odeur urineuse; la température s'élève encore et atteint 40°, 2 le soir. Cet état ne fait qu'empirer les jours suivants; l'urine est toujours normale. La tumeur contient des gaz. — La malade meurt le 10.

AUTOPSIE. Il est inutile de dire que nous avons constaté tous les symptômes de la péritonite, cause de la mort: mais l'examen spécial de la région malade nous a démontré que nous avions à faire à *trois kystes hydatiques isolés* les uns des

autres et développés dans le poumon, le rein et la rate. — Le kyste du poumon, le moins volumineux des trois, pouvait contenir un peu plus d'un demi litre de liquide, il est uniloculaire comme les deux autres. Au niveau du cul-de-sac diaphragmatique, les deux plèvres, pariétale et viscérale, sont adhérentes dans une étendue assez considérable; le diaphragme est sain.

Le kyste de la rate est énorme, on peut facilement évaluer son contenu à deux litres au moins; la rate entière est réduite à une coque qui revêt la membrane enveloppante du kyste, ou mieux est appliquée sur elle.

Le kyste du rein, celui qui a été ponctionné, avait donné, nous l'avons vu, environ 1000 gr. de liquide; il est développé aux dépens de la face antéro-supérieure du rein et complètement isolé par sa membrane enveloppante. — La plus grande partie du rein subsiste et ne présente aucune altération. — On ne trouve absolument rien dans les autres organes.

**16. Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de certains cas de gangrène spontanée; par A. PITRES, interne des hôpitaux.**

La gangrène, dite spontanée, n'est pas une maladie spéciale, ayant une anatomie et une physiologie pathologiques toujours identiques. Elle est le résultat de lésions très-différentes les unes des autres, parmi lesquelles l'embolie et la thrombose artérielles occupent le premier rang. Les cas dans lesquels la gangrène spontanée est la conséquence d'une oblitération embolique des artères ont une pathogénie et une marche clinique tout à fait spéciales et ils forment un groupe très-naturel. Il n'en est pas de même de ceux où la gangrène résulte d'une thrombose artérielle. Leurs lésions et leur symptomatologie sont variables et cela se comprend facilement si l'on songe qu'une thrombose cachectique, une coagulation artérielle dépendant d'une artérite aiguë, une oblitération résultant d'une endartérite chronique, etc., peuvent avoir pour résultat commun des gangrènes spontanées. Il serait bon peut-être d'établir dans ce groupe un certain nombre de catégories, au lieu de décrire en bloc tous les faits qui le composent. A ce point de vue les trois observations qui suivent nous ont paru présenter quelque intérêt parce qu'elles correspondent à une même forme anatomique, et qu'elles ont une pathogénie bien spéciale.

**OBSERVATION I. Gangrène spontanée de la jambe et du pied droits; mort; autopsie.** — Husson, âgée de 81 ans, entrée à la Salpêtrière, le 4 mai 1872, était placée depuis cette époque dans

un dortoir d'ostogénaire. Elle était très-faible et restait constamment au lit. Le 30 mars 1874, elle fut prise, sans cause appréciable de fièvre, de vomissements, et d'une douleur très-vive dans le pied et la jambe du côté droit. Elle était sujette depuis deux ans à des douleurs dans cette région et les rapportait à une brûlure qu'elle s'était faite en 1872, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole externe droite. Quoique la plaie fût très-superficielle et peu étendue, il se forma à sa place une ulcération qui mit plusieurs mois à cicatriser. La malade fut transportée à l'infirmerie, dans le service de M. Charcot et le 31 mars on la trouve dans l'état suivant : face rouge, yeux injectés, agitation. Pouls petit, rapide. Temp. rect. 38°, 4. La percussion et l'auscultation du poulmon et du cœur ne font découvrir rien d'anormal. Les urines sont un peu troubles, mais ne contiennent ni sucre ni albumine.

1<sup>er</sup> avril. La malade a eu pendant la nuit plusieurs frissons violents ; l'agitation est moins vive. T. R. 37°.

2 avril. Même état. T. 37°, 4.

3 avril. La malade se plaint toujours beaucoup de la jambe droite. On constate que le pied est froid, qu'il a une coloration livide, et qu'il est légèrement oedémateux. La partie inférieure de la jambe présente les mêmes altérations. — Soir : T. 38°. L'empâtement oedémateux est surtout marqué à la partie inférieure de la jambe le long du jambier antérieur.

4 avril. Matin. T. 38°, 2. — Langue sèche, couverte d'un enduit fuligineux. — Pouls 100, très-petit, régulier. — Soir : à 4 h. 1/2 la malade a eu un frisson intense qui a duré une demi heure. T. 39°. — L'examen du cœur et du poulmon ne fournissent aucun signe qui puisse expliquer cet état général.

5 avril. La malade s'est plaint toute la nuit de crampes douloureuses dans la jambe droite. A la visite, on trouve le pied et le 1/3 inférieur de la jambe froids, violets ; on peut y enfoncer profondément des épingles sans déterminer aucune douleur. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne existent deux phlyctènes, pleines de sérosité noirâtre. Pas de rigidité des orteils. — La moindre pression au-dessus du 1/3 inférieur de la jambe arrache des cris à la malade. T. 38°. — Soir : même état. T. 38°, 2.

6 avril. Le pouls est petit, rapide. — T. 36°, 3. Même état de la jambe droite. — Prostration de forces. La malade accuse une sensation de froid général, très-pénible. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. — Soir : T. 36°, 3. Les parties gangrénées ont une coloration violette très-foncée, elles sont limitées par une ligne circulaire irrégulière, située à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de la jambe. Au-des-

aus de cette ligne, on voit de petites plaques violacées disséminées sur la peau du mollet.

7 avril. T. 36°, 8. La gangrène n'a pas progressé, la peau qui recouvre le pied et les orteils se flétrit et se dessèche. — Soir : T. 37°, 2. — 8 avril. T. mat. 37°, 3. — Soir : 36°, 4.

9 avril. T. 37°. On trouve quelques râles muqueux à la base des poumons surtout du côté droit. — La gangrène ne fait pas de progrès le pied se dessèche de plus en plus.

11 avril. T. 37°, 2. La malade se plaint toujours de sa jambe. Les taches violacées qui existent sur le mollet, au-dessus de la limite supérieure de la gangrène, ne s'agrandissent pas. Prostration complète. — Langue fuligineuse.

12 avril. T. 37°. — Mort dans la journée.

AUTOPSIE le 14 avril. — *Poumons*. Pas d'infarctus, pas d'ecchymoses; un peu d'œdème et de congestion à la base du poumon droit. — *Foie*. Petit, bosselé, poids 1,000 gr. — *Reins*, petits (92 et 100 grammes) à surface irrégulière. Les pyramides sont bien marquées, la substance corticale est amincie et jaunâtre. — *Rate*, peu volumineuse, couverte de plaques fibreuses. — *Estomac, intestins, utérus*, sans lésions appréciables. — La *vessie* est couverte de saillies mamelonnées rougeâtres. Toute la muqueuse vésicale est congestionnée. Pas d'ulcération.

*Encéphale*. Les artères de la base sont légèrement athéromateuses. Les méninges sont saines. Aucune lésion de la substance cérébrale.

Le *cœur* est mou, flasque, jaunâtre. On remarque sur les muscles papillaires du ventricule gauche plusieurs taches blanchâtres. Poids : 250 gr. Pas d'altération des appareils valvulaires. Les auricules sont libres.

*Aorte*. La crosse de l'aorte est très-peu altérée. Le long de la paroi interne de l'aorte thoracique, on trouve plusieurs taches d'artério-sclérose, et quelques plaques athéromateuses. A la partie inférieure de l'aorte abdominale, un peu au-dessus de sa bifurcation, on trouve deux caillots pariétaux, fibrineux, placés au-dessus d'ulcérations athéromateuses.

*Vaisseaux du membre inférieur droit*. — Toutes les veines du membre depuis la fémorale jusqu'aux veines du pied sont remplies par un caillot, continu, noir, humide, peu résistant et n'adhérant que faiblement aux parois des vaisseaux. Les parois des veines n'ont présenté aucune lésion appréciable. — Les artères sont le siège de lésions complexes. Les artères iliaque externe et fémorale sont remplies par un caillot semblable à celui qui occupe la cavité des veines. Leurs parois sont le siège de nombreuses plaques de dégénérescence athéromateuse et calcaire, mais nulle part il n'y a de rétrécissement notable de la lumière de ces vaisseaux. En enlevant l'ar-

tière poplitée, on constate qu'elle est entourée d'un tissu cellulaire très-dense et fortement hyperémié. — Au-dessous de l'anneau du 3<sup>e</sup> adducteur, l'artère est oblitérée par une substance grisâtre, très-adhérente, très-solide, ressemblant à du tissu fibreux. Cette substance forme un bouchon de 3 centimètres de longueur qui remplit complètement la lumière de la poplitée. Au-dessous d'elle existe un caillot noir, sans adhérences. Au niveau du tronc tibio-péronier, l'artère est de nouveau totalement oblitérée par un tissu grisâtre et très-résistant semblable à celui qui oblitérait la poplitée à sa partie supérieure. Les artères tibiales et l'artère péronière sont à leur partie supérieure oblitérées par des caillots noirs adhérents. Dans le pied et dans toute la moitié inférieure de la jambe les artères sont vides. — Les parois de la poplitée et des artères de la jambe sont très-altérées. On trouve dans leur épaisseur de nombreuses plaques de dégénérescence calcaire et d'athérome, et, en plusieurs points, leur membrane interne épaissie forme dans leur intérieur des saillies qui diminuent des  $\frac{2}{3}$  la lumière des vaisseaux.

L'examen microscopique de tous ces vaisseaux n'a fait que confirmer ce qu'avait appris l'examen à l'œil nu. Il a montré que les parois veineuses étaient saines et que le caillot noir qui remplissait les veines était composé de globules du sang, séparés par un fin réticulum fibrineux. Aucune trace d'organisation n'existait dans ces caillots. Les caillots noirs, contenus dans les artères, présentaient la même structure et la même absence d'organisation. Le tissu grisâtre qui oblitérait la poplitée à sa partie supérieure était formé de tissu fibreux assez dense. Sur des coupes perpendiculaires de l'artère et du néo-tissu, on distinguait des réseaux stellaires, analogues à ceux que fournissent les coupes transversales des tendons; on y voyait aussi de nombreux vaisseaux sanguins. — Le tissu qui oblitérait le tronc tibio-péronier présentait une organisation tout à fait analogue.

OBS. II. — *Gangrène spontanée de la jambe; mort; autopsie.* — Fier Benoite, 87 ans, née à Lyon, entrée le 24 juin 1874 à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Michel n° 8 (service de M. LEDENTU. — La veille cette femme a fait une chute sur le dos. A la première visite (25 juin), on constate une douleur fixe au niveau du coccyx. Cet os paraît très-mobile et on suppose qu'il y a une fracture du coccyx (l'autopsie a démontré qu'il n'en était rien.) On constate en outre les signes d'une affection cardio-pulmonaire qu'on n'a pas cherché à définir.

26 juillet. La malade montre sa jambe droite dont elle souffre, dit-elle, depuis deux ou trois jours. Cette jambe a une colo-

ration bleuâtre livide. Le pied et la jambe entière jusqu'à la rotule inclusivement présentent à la main un refroidissement considérable. Il n'y a pas de différence de température entre les deux cuisses. La malade a beaucoup de difficultés à mouvoir spontanément sa jambe droite. Les mouvements communiqués y sont très-douloureux. La fémorale droite bat fort, on sent très-distinctement ses pulsations jusqu'à l'anneau du 3<sup>e</sup> adducteur.

Au-dessous de ce point on ne sent aucune pulsation artérielle au niveau des points où l'on doit trouver la poplitée, la pédiéeuse et la tibiale postérieure. Dyspnée plus forte depuis une 10<sup>e</sup> de jours. Battements du cœur très-irréguliers; faux pas du cœur; souffle à la pointe. Poudre de digitale 0 10 c.

27 juillet. La jambe est sensiblement dans le même état. On prend la température des jambes droite et gauche à la partie moyenne :

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Jambe droite..... | 27°, 8. |
| — gauche.....     | 31°, 2. |

La jambe droite sera entourée de sacs pleins de sable chaud.

28 juillet. La jambe est à peu près dans le même état. Début d'eschare à la fesse droite.

29 juillet. La jambe droite est tout à fait bleuâtre. L'épiderme se sépare du derme et s'enlève comme sur un membre putréfié. A la partie antérieure de la jambe il y a une eschare noire de la largeur de la paume de la main. Il en existe une autre du diamètre d'une pièce de 40 sous sur le cou-de-pied. — 30 juillet. Mort à 1 heure du matin.

AUTOPSIE, le 31 juillet 1874. — Cadavre amaigri. Putréfaction peu avancée. Rigidité cadavérique. La teinte verdâtre de la jambe droite a persisté, mais en perdant de son intensité.

*Cerveau.* Les artères de la base du cerveau sont remarquablement saines; il est rare de les trouver aussi peu altérées chez des vieillards, c'est à peine si on y découvre quelques légères taches blanchâtres, peu saillantes et peu nombreuses. L'encéphale est sain; sa substance est assez ferme, les méninges ne sont pas adhérentes. La *moelle* n'a pas été examinée.

Les *poumons* sont sains. Anthracose relativement peu marquée. Muqueuse des bronches épaissie, irrégulière. On voit sourdre des petites bronches un liquide muco-purulent peu épais. — *Foie* légèrement atrophié comme tous les foies séniles. Pas d'autre altération apparente. — *Rate* normale.

Les *reins* paraissent sains. Leur volume est un peu moins considérable que celui de reins d'adultes. Ils contiennent cha-

cun 2 ou 3 petits kystes par rétention. La capsule s'enlève facilement. Les deux substances, corticale et médullaire, présentent leurs caractères ordinaires.

Le cœur a un volume normal. Il existe des altérations valvulaires insignifiantes. Ainsi, sur les sigmoïdes aortiques on constate deux toutes petites plaques athéromateuses. La valvule mitrale présente aussi dans un point une plaque athéromateuse sans importance. Nulle part dans le cœur on ne découvre de caillots. Le myocarde est pâle, feuille morte, flasque. En certains points, on remarque sur l'endocarde du ventricule gauche des taches grisâtres qui s'enfoncent à 1 ou 2 millim. de profondeur dans la substance musculaire. La crosse de l'aorte présente à peine quelques taches blanchâtres d'artério-sclérose. L'aorte thoracique n'est pas altérée. L'aorte abdominale présente quelques plaques d'athérome, recouvertes de la membrane interne de l'artère, sans caillots. L'éperon des artères iliaques est le siège d'une notable induration athéromateuse. Les artères iliaques droite et gauche sont assez fortement athéromateuses et flexueuses. Elles sont vides ou plutôt renferment un simple petit filet de sang, coagulé selon toute probabilité après la mort. L'artère fémorale gauche est peu altérée, pas de caillots. L'artère poplitée est ouverte dans toute sa longueur : elle est vide, son calibre est normal ; ses parois sont le siège de dépôts athéromateux irréguliers, mais non oblitérants. Les autres artères de ce membre n'ont pas été examinées. Les veines superficielles et même la poplitée contenaient du sang noir, sans adhérence, coagulé après la mort.

L'artère fémorale droite est peu altérée, son calibre est normal, ses parois sont assez souples. Elle est pleine d'un caillot tout récent, noir, sans adhérences ni consistance. L'artère fémorale profonde est saine, vide, de volume normal. La veine fémorale dont les parois paraissent saines, est obstruée par un caillot de même apparence que celui de l'artère correspondante. L'artère poplitée est moins volumineuse que ne le faisait supposer le volume de la fémorale. Le tissu cellulaire qui l'entoure est dense, serré, sillonné, par de très-nombreuses arborisations vasculaires.

Par des coupes transversales successives à un centimètre l'une de l'autre, on constate qu'au-dessous de l'anneau du troisième adducteur à quatre centimètres au dessus de l'origine de la tibiale antérieure, le caillot oblitérant change de nature. Il devient blanchâtre, sec, très-adhérent, d'une consistance beaucoup plus forte. Ces caractères persistent jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'origine de la tibiale antérieure.



L'état des parois artérielles au niveau de ce caillot est très-variable. A sa partie supérieure, il y a un retrécissement considérable de la lumière du vaisseau par endartérite annulaire. A ce niveau la lumière de la poplitée n'a pas plus de deux millimètres de diamètre. Au-dessous de ce point on voit plusieurs épaississements partiels, pariétaux, des tuniques artérielles. Dans toute l'étendue de l'artère poplitée il n'existe pas d'athérome calcifié. Les tuniques sont épaissies, très-altérées mais partout on peut les couper avec le rasoir.

L'artère poplitée est entourée de deux veines, l'une a environ le même volume que l'artère, c'est la veine poplitée : elle est pleine de caillots cruoriques récents. L'autre, un peu plus petite, se prolonge le long de l'artère tibiale antérieure, elle est oblitérée dans une longueur de 3 cent. par un caillot résistant, grisâtre, très-adhérent.

L'*artère tibiale antérieure* est réduite à un volume extrêmement grêle. Les veines qui l'entourent sont également très-peu volumineuses. On a de la peine à les trouver. La pédieuse est presque filiforme. La tibiale antérieure et la pédieuse ainsi que les veines qui les entourent, sont vides de sang. Les parois paraissent saines. A son origine la tibiale antérieure plonge dans la poplitée juste au niveau du point où se trouve le caillot oblitérant ancien.

L'*artère tibiale postérieure et la péronière* sont relativement très-volumineuses ; leur tunique externe est sillonnée de nombreux petits vaisseaux rouges. La *tibiale postérieure* au niveau du mollet est très-athéromateuse (véritable tuyau de pipe dans une longueur de 6 à 8 cent.) A ce niveau et au-dessous il n'y a pas de sang dans ce vaisseau. A son origine dans le tronc tibio-péronier il y a un épaississement en croissant des tuniques artérielles ayant oblitéré au moins la moitié de la lumière de l'artère, le reste est occupé par un caillot déjà assez ferme.

L'*artère péronière* est encore plus malade que la tibiale postérieure. Depuis son origine au tronc tibio-péronier dans une longueur de 4 centimètres cette artère est le siège d'un rétrécissement considérable de son diamètre par suite d'épaississement de ses parois. Dans toute cette étendue le calibre du vaisseau est occupé par un caillot déjà sec, rosé, dur et fortement adhérent. Les veines satellites des artères péronière et tibiale postérieures sont pleines de caillots cruoriques récents sans adhérences.

Tous ces vaisseaux ont été durcis dans l'alcool et l'acide picrique et soumis à l'examen microscopique. Les coupes pratiquées sur la fémorale et sur la partie supérieure de la poplitée ont montré que les parois artérielles étaient affectées de sclérose sans épaississement bien marqué, et que la lu-

mière de ces vaisseaux était remplie par un caillot cruorique récent, dans lequel les globules rouges n'étaient pas encore décolorés. Vers la partie inférieure de la poplitée, la lumière de l'artère est presque complètement remplie par un caillot fibrineux semblable à ceux qui tapissent les parois des poches anévrysmales. Ce dépôt fibrineux pariétal occupe les trois quarts du calibre de l'artère ; l'autre quart est rempli par un caillot cruorique du même âge que celui qui existe dans la fémorale. Le dépôt fibrineux ne présente aucun travail d'organisation.

Au niveau du point où il s'est déposé, les parois artérielles sont le siège d'une plaque de dégénérescence athéromateuse. La tunique élastique interne est détruite en ce point, et les éléments de la membrane interne, épaissie, sont infiltrés de nombreuses gouttelettes graisseuses.

L'oblitération presque complète de la tibiale postérieure à son origine est le résultat d'une endartérite annulaire avec épaississement considérable de la membrane interne.

OBS. III. *Gangrène spontanée des 2 membres inférieurs.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Barrucan Marie 89 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. CHARCOT, le 27 juillet 1874, (salle Saint-Jacques n° 15.) — Cette malade est très-agitée : elle gémit et pousse des cris plaintifs incessants. Il est impossible d'obtenir d'elle aucune réponse. On raconte que depuis deux jours elle se plaint de douleurs vives dans les reins dans le ventre et le pied droit, et qu'elle délire depuis 36 heures. La face est rouge, les pupilles égales sont contractées. Pouls petit, rapide, irrégulier.

30 juin, matin. Même état, gémissements continuels.

La pression sur la partie inférieure du ventre paraît être douloureuse, car les gémissements redoublent lorsqu'on palpe cette région. La malade est gâteuse. Incontinence d'urines. On la sonde et on retire une petite quantité d'urine trouble qui ne contient ni sucre ni albumine, T. R. 37° 1. — Soir. 38°.

1<sup>er</sup> juillet. On examine les membres inférieurs. La jambe et le pied droits présentent des marbrures violacées qui s'étendent depuis les orteils jusqu'au genou. Il existe surtout à la partie antéro-externe de la région moyenne de la jambe une grande plaque plus foncée que le reste des marbrures, longue de 20 cent. sur 12 de large. La couleur violacée des marbrures disparaît sous la pression du doigt et revient ensuite lentement. Il en est de même sur les bords de la grande plaque de la jambe, mais la pression ne modifie pas les couleurs du centre de cette plaque. La peau est molle, flasque ; quand on y fait un pli par pincement il persiste fort longtemps. Les veines superficielles sont gorgées de sang : si après en avoir vidé un segment en

le pressant de bas en haut on empêche le sang de refluer par en haut on voit le bout inférieur de la veine se gonfler de nouveau lentement.

Le membre est d'une froideur cadavérique jusqu'au genou à partir de ce niveau, sa température s'élève peu à peu et au pli de l'aîne elle est normale. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont complètement insensibles. On peut y enfoncer profondément des épingles sans augmenter les gémissements de la malade. A partir d'une ligne qui passerait à trois travers de doigt au-dessous du genou la sensibilité paraît revenir, car si à ce niveau on enfonce une épingle dans la peau les cris de la malade redoublent aussitôt. La pression dans le creux poplité est douloureuse. On ne sent les battements, ni de la pédieuse, ni de la poplitée, ni de la fémorale. On sent très-bien à travers la paroi abdominale les battements de l'aorte, mais à partir de la fosse iliaque on ne sent plus aucune pulsation.

Du côté gauche la jambe et le pied ont une teinte légèrement violacée due à de petites marbrures violettes qui sont disséminées sur la peau principalement au niveau du dos des pieds et du genou. Le membre est froid jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Il y a de l'anesthésie jusqu'à 3 travers de doigt au dessous des malléoles. Plus haut la sensibilité reparaît.

Nulle part on ne sent battre les artères de ce membre, on ne sent pas non plus dans la fosse iliaque les pulsations de l'iliaque interne. Dans le triangle de Scarpa on sent l'artère fémorale sous la forme d'un cordon, dur, roulant sous le doigt, mais absolument privé de pulsations.

Les veines de la jambe sont gonflées. Pouls petit, irrégulier, 100. Battements de cœur faibles, irréguliers, mal claqués, mais sans bruits anormaux. Pas d'hypertrophie du cœur.

Poumons : Aucune altération à l'auscultation ni à la percussion. Soif vive, langue sèche, noirâtre. L'urine extraite par la sonde (la malade gâte), présente une notable proportion d'albumine révélée par la chaleur et l'acide nitrique. Pas de pus, pas de sucre. Temp. le soir, 38°. La pression sur le bas-ventre détermine toujours une vive douleur.

2 juillet, matin. T. 38°, 2. La teinte violette des membres inférieurs est plus marquée. La jambe droite est d'une couleur noirâtre presque uniforme jusque 6 travers de doigt au-dessous du genou. Au-dessus de ce point jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse il y a des marbrures violacées, irrégulièrement disséminées.

L'insensibilité existe jusqu'au genou. Au-dessus la sensibilité reparaît et la température s'élève progressivement jusqu'à

la moitié de la cuisse où elle est égale à celle des autres parties du corps.

Le membre inférieur gauche est moins violacé que le droit ; la sensibilité reparait seulement vers la partie moyenne de la cuisse et au point où elle reparait la température commence à s'élever. Pas de contractions fibrillaires des muscles. Il y a un peu de raideur musculaire surtout dans le pied droit ; on éprouve une certaine difficulté à le mettre dans la flexion, et cette difficulté vaincue une première fois ne reparait plus (raideur cadavérique). Les masses musculaires des mollets et de la partie inférieure des cuisses ne sont pas contracturées cependant elles n'ont pas la flaccidité des muscles paralysés.

Le chatouillement de la plante du pied, la piqure de la jambe etc., paraissent ne pas être perçus et ne déterminent aucun phénomène réflexe.

Les deux jambes sont le siège d'une desquamation épithéliale furfuracée assez active surtout au niveau des plaques violettes. Les veines superficielles sont pleines de sang.

L'urine est trouble foncée. L'acide nitrique y détermine une notable effervescence et lui donne une teinte rosée. L'ammoniaque ne la fait pas prendre en gelée. La chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité à peine appréciable. Enfin la liqueur de Bareswill est fortement réduite. *Soir*, T. 39°8. Pouls précipité, petit, très-irrégulier, langue sèche, noire. Etat général très-grave. Même état local que le matin, avec cette différence que les membres sont d'une teinte plus foncée.

*Mort*, le 3 juillet à 1 heure du matin ; température 1¼ d'heure après la mort, 41°.

**AUTOPSIE** le 5 juillet. *Cerveau*. Les artères de la base sont peu altérées : le tronc basilaire, la terminaison des vertébrales, etc., ne présentent pas d'athérome. Il existe un peu de sclérose artérielle au niveau de la terminaison des carotides. Les sylviennes, les cérébelleuses ne sont pas épaissies.

Les méninges sont saines. Le cerveau est très-anémié, mou. La substance grise des circonvolutions est amincie. Pas de lésions en foyer.

*Poumons*. — Il existe autour de 2 petits tubercules enkystés un foyer de pneumonie fibreuse, située au sommet du poumon droit. — A part cela les poumons sont très-sains.

Les *reins* sont tout à fait *séniles*, — petits, — mamelonnés, — rougeâtres, — légèrement granuleux. Ils se décortiquent sans difficultés. Ils pèsent chacun seulement 70 grammes.

La *rate* est extrêmement petite. — Poids 42 grammes. — Il y a quelques plaques laiteuses sur sa capsule. Le *foie* est très-atrophié ; 300 gr. ; son tissu paraît sain ; — pas de calculs biliaires. — Le *cœur* est mou, flasque, d'une coloration

feuille morte ; — Vide de caillot, il pèse 220 grammes. — Les valvules sont très-saines, aussi bien les valvules artérielles que les valvules auriculo-ventriculaires. — Nulle végétation dans les cavités, ni dans les auricules.

L'aorte est saine. Il n'y a pas d'athérome. C'est à peine si au niveau de la crosse, il y a un petit semis blanchâtre d'artério-sclérose. — L'éperon des artères iliaques internes est un peu induré.

*Artères des membres. — du côté droit. — Iliaque interne.* — Elle contient un coagulum fibrineux pariétal en bec de flûte, qui commence à l'orifice de l'hypogastrique oblitérée et s'élève en s'aminçant à une hauteur de 3 cent. De couleur grisâtre, formé de couches stratifiées, assez peu résistant, il se détache avec facilité des parois artérielles. L'hypogastrique est complètement oblitérée par un caillot cruorique noir, et récent. L'iliaque externe contient des caillots cruoriques noirs peu denses, sans adhérences.

La *fémorale* est remplie uniformément par un caillot cruorique qui l'oblitére complètement. A sa partie inférieure, juste au-dessus de l'anneau existe un rétrécissement en croissant, occupant environ la moitié du calibre de l'artère. — *Fémorale profonde.* — Très-rouge à son origine dans une longueur de 3 à 4 cent., tout son tronc est oblitéré par un caillot cruorique. A 8 cent. de son origine, elle se divise en plusieurs petites branches et à ce niveau le caillot cesse et les branches sont vides de sang et de caillots.

La *poplitée* est pleine de caillots noirs peu adhérents. Dans 3 points de son étendue, cette artère présente des rétrécissements partiels dus à des flots d'artério-sclérose. Ces rétrécissements n'oblitérent pas complètement le calibre de l'artère, mais ils le réduisent au moins de moitié et même des deux tiers.

Les *artères de la jambe* contiennent également des caillots noirs, de loin en loin elles présentent des flots annulaires d'endartérite scléreuse qui en diminuent considérablement le calibre. Dans l'intervalle de ces flots les tuniques artérielles paraissent saines.

Partout la tunique externe des artères du membre est rouge et présente d'élégantes arborisations vasculaires. Le tissu cellulaire qui les environne est dense, serré, difficile à détacher des artères.

*Artères du côté gauche. — Iliaque interne.* — Immédiatement au-dessous de l'éperon, il y a un épaissement pariétal en forme de croissant, long de 2 centimètres et faisant dans le canal de l'artère une saillie de 3 millimètres. L'artère est remplie uniformément d'un caillot noir récent.

*Hypogastrique.* — Au point où elle se sépare de l'iliaque interne, elle présente un flot scléreux qui diminue son calibre d'un bon tiers. Au moment où elle va se diviser, il y a également un épaississement scléreux. Entre ces deux points, les tuniques de l'artère paraissent saines et sa cavité est occupée par un bouchon cruorique noir et assez peu résistant.

*L'iliaque externe* est occupée par un caillot noir uniforme. La *fémorale* est remplie par un caillot récent, noir et uniforme. *Fémorale profonde.* Même altération que du côté droit.

*Poplitée.* — Vers le milieu de l'étendue de la poplitée on trouve un flot d'endartérite, long de 3 cent., diminuant des deux tiers le calibre de l'artère. A ce point, la lumière du vaisseau est occupée par un caillot oblitérant noir et paraissant cruorique et récent. Plus bas, au moment où l'artère va se diviser en tronc tibio-péronier et tibiale antérieure, l'artère poplitée est diminuée de volume. Sur la coupe, on voit alors qu'elle renferme une substance rosée très-adhérente, qui bouche parfaitement toute sa cavité. En ce point, les tuniques ne présentent pas d'athérôme — Le tissu oblitérant est moins noir, moins humide, moins brillant, que le reste des caillots. Il se laisse couper au rasoir plus facilement. — L'examen microscopique à l'état frais de ce tissu a appris qu'il était composé presque uniquement de grandes cellules plates à gros noyaux, ressemblant beaucoup aux cellules plates du tissu conjonctif ordinaire.

Les artères de la jambe présentent les mêmes altérations que du côté opposé. Il en est de même du tissu cellulaire qui entoure les artères de tout le membre et de la vascularisation anormale de la tunique externe. Les veines des deux membres inférieurs sont remplies par une coagulation cruorique noire non adhérente de formation récente, qui se termine dans l'iliaque externe. La veine cave inférieure est parfaitement saine.

**RÉFLEXIONS.** — Les observations, dont nous venons de rapporter les détails, présentent entre elles de frappantes analogies. Dans les trois, nous avons trouvé le myocarde extrêmement altéré, mou, flasque, jaunâtre. Les vaisseaux des membres gangrenés étaient le siège de lésions très-graves. Les artères et les veines renfermaient dans une grande partie de leur étendue un caillot noir, cruorique, humide, de formation récente, et qui était très-probablement l'effet et non la cause de la gangrène. Mais il existait, en outre, d'autres lésions vasculaires dont le développement était ancien et certainement antérieur à l'apparition des premiers symptômes de la gangrène. Dans le premier cas, un caillot ayant déjà subi com-

plètement la transformation fibreuse oblitérait l'artère poplitée, et en certains points, les artères de la jambe.

Dans le second, un caillot formé par de la fibrine amorphe obturait presque complètement l'artère poplitée : Ce caillot, situé au niveau de l'origine de la tibiale antérieure, empêchait l'entrée du sang dans cette artère qui était réduite à un volume extrêmement grêle ; de plus, des ilots d'endartérite noueuse siégeant dans la tibiale postérieure et dans la péronière avaient, en plusieurs points, presque totalement oblitéré ces vaisseaux.

Enfin, dans le troisième cas, nous avons rencontré à gauche un caillot organisé, oblitérant la poplitée, et à droite des rétrécissements annulaires superposés, dans la poplitée et dans les artères de la jambe. — Toutes ces lésions, différentes par leur nature et peut-être aussi par les conditions anatomiques qui leur avaient donné naissance, avaient cependant pour effet commun de gêner la circulation dans les extrémités correspondantes et de diminuer la quantité de sang qui leur parvenait. Cela est évident pour les cas d'oblitération complète des artères. Le résultat devait être le même dans les cas où existaient des ilots superposés d'endartérite annulaire. car dans des artères ainsi déformées, la circulation est nécessairement ralentie et languissante.

En effet, au niveau du premier flot, l'artère rétrécie ne laisse passer à chaque systole cardiaque, qu'une partie du sang auquel elle devrait livrer passage si son calibre était conservé ; donc la tension artérielle est abaissée. Le même phénomène se reproduisant au niveau de chaque obstacle, on comprend facilement combien l'endartérite noueuse doit gêner la circulation, et combien elle doit diminuer l'apport du sang dans les départements vasculaires dépendant de l'artère lésée. Or, cette diminution de l'apport du sang dans les extrémités des membres, est précisément la condition pathogénique primordiale d'un groupe nombreux de gangrènes spontanées, doublement intéressantes au point de vue anatomique et au point de vue clinique.

Au point de vue anatomique, voici comment se passent les choses. Dans un premier temps, une des artères principales du membre qui sera plus tard frappé de gangrène, est oblitérée par un caillot crurorique ou fibrineux, ou elle devient le siège d'endartérite noueuse. Alors, les voies collatérales se développent et se chargent seules ou presque seules de fournir au membre le sang nécessaire à sa nutrition. Il s'établit ainsi entre l'apport du sang et les besoins de la nutrition une sorte d'équilibre qui suffit, tant bien que mal, à la vie du membre. Mais le moindre accident peut troubler cet équilibre.

Que, par exemple, la lésion qui a déjà atteint l'artère principale continue ses progrès, et qu'elle vienne à frapper les voies collatérales elles-mêmes, aussitôt, la circulation est complètement interrompue dans un département vasculaire et la gangrène se manifeste. Nous avons eu l'occasion d'observer ce processus d'oblitération successive des artères d'une partie du corps, dans un cas très-instructif, dont tout le monde saisira les rapports avec les cas de gangrène spontanée. Il s'agit d'une malade âgée de 74 ans, qui eut en 1870, une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie du côté droit. Dans le courant de février 1874, ses membres du côté gauche furent à leur tour frappés de paralysie. La malade tomba en même temps dans le coma et mourut rapidement. A l'autopsie, on trouva le carotide interne du côté gauche, réduite à l'état d'un cordon dur et grêle, et sur des coupes microscopiques on reconnut qu'elle était complètement oblitérée par un caillot devenu fibreux. — Du côté opposé, la carotide primitive, à son origine, était le siège d'un rétrécissement annulaire produit par un flot d'endartérite noueuse assez considérable pour oblitérer presque tout à fait le calibre de l'artère. Il y avait pourtant un petit pertuis qui était obturé sur les coupes par un caillot cruorique, non décoloré, et de date toute récente (1).

Quand l'abord du sang est très-diminué, il n'est même pas besoin que les voies collatérales deviennent imperméables pour que la gangrène éclate. Il suffit d'une modification en apparence légère dans les conditions de la circulation, et Virchow a signalé depuis déjà longtemps l'influence de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres du cœur sur le développement de la gangrène sénile. Cet état du cœur existait chez nos trois malades et l'importance de son rôle ne saurait être contestée, quoique le fait primordial soit toujours la lésion vasculaire (2).

Au point de vue clinique, les cas dont nous nous occupons s'annoncent souvent par un ensemble de symptômes qui précèdent de longtemps les premiers signes de la gangrène et peuvent en faire prévoir l'explosion. Quelquefois les malades

---

(1) Le cerveau de cette malade a été présenté à la Société anatomique par mon collègue M. Pierret, dans la séance du 5 mars 1874. Son observation est consignée dans les Bulletins de la Société.

(2) Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que dans les cas où la gangrène sénile est préparée par des oblitérations artérielles anciennes, celles-ci peuvent siéger bien au-dessus des limites supérieures de la gangrène. Dans les cas de gangrène des orteils et du pied, les lésions artérielles ont pour siège habituel la poplitée; dans les cas de gangrène des doigts et de la main, c'est au niveau de la partie inférieure de l'humérale que se rencontrent ordinairement les oblitérations.



éprouvent dans le membre menacé des fourmillements, des engourdissements, des crampes douloureuses. Ce membre est froid et dans certains cas on a observé des accidents analogues à ceux de la claudication intermittente. Ainsi dans une des observations du mémoire de Victor François (1) il est question d'un malade qui eut en 1826 une gangrène spontanée des orteils du côté gauche, et qui avait remarqué depuis l'année 1824 que *lorsqu'il faisait une marche forcée sa jambe gauche traînait et refusait le service*. Ce malade mourut et à son autopsie on trouva la poplitée remplie « par une substance charnue ou mieux spongieuse à mailles serrées qui obstruait le canal. » D'autres fois l'oblitération de l'artère principale du membre et les troubles circulatoires qui en sont la conséquence s'annoncent par une sorte d'ébauche de la gangrène. Le membre devient froid, bleuâtre, insensible; la gangrène est imminente : mais une circulation collatérale suffisante s'établit et les accidents se dissipent.

Jusqu'à présent tous les cas de gangrène spontanée préparés par des oblitérations artérielles dont nous avons eu connaissance étaient des cas de gangrène sèche. Il y a probablement là une relation de cause à effet.

M. HAYEM. Le mécanisme invoqué par M. Pitres ne répond pas à toutes les variétés de gangrène sénile. La plupart du temps je n'ai vu dans les cas de ce genre des traces d'endarterite chronique sur toutes les artères, surtout sur celles qui sont directement en contact avec la partie mortifiée. Il m'a semblé que bien souvent l'oblitération commençait par les petites artérioles périphériques pour gagner ensuite les gros troncs et pénétrer finalement dans l'aorte. Mais j'ai publié dans les bulletins de la société en 1870 un exemple bien remarquable, dans lequel il y avait eu oblitération de petits vaisseaux ayant remonté jusque vers l'aorte, sans que la gangrène se fût produit dans les membres inférieurs. Ici au contraire, il suffit souvent d'un rétrécissement et d'une oblitération incomplète pour amener à distance la gangrène du membre.

M. RENAUT. Dans les thrombosés qui se rencontrent chez les femmes en couche et les cancéreux, la coagulation n'est presque jamais ascendante : c'est toujours par le tronc veineux principal du membre qu'elle commence. Elle descend ensuite

---

(1) Essai sur les gangrènes spontanées, par Victor François. Paris, 1832, page 11.

de proche en proche vers les petits vaisseaux. Il y a donc là un mécanisme très-différent.

M. CHARCOT. Il ressort des recherches de M. Pitres qu'il y a des points du système artériel qui sont le siège de prédilection des altérations de l'endartérite. Ces lésions restent longtemps latentes, ne donnant lieu qu'à des troubles peu accusés, jusqu'au jour où la gangrène se déclare. M. Benni, dans sa thèse, a recueilli un certain nombre de faits de ce genre. Mais il faut presque toujours une cause déterminante à la gangrène, soit le traumatisme, soit du diabète. Je soigne actuellement un diabétique qui présente à un haut degré le phénomène de la claudication intermittente : cet homme est incessamment sous la menace d'une gangrène sénile, et il est probable qu'il a quelque rétrécissement artériel vers la racine du membre inférieur. De même j'ai eu l'occasion de voir une femme qui avait longtemps présenté de l'asphyxie des extrémités, et qui succomba à un diabète avec accidents gangréneux. Les artères humérales montrèrent des plaques d'endartérite limitées des deux côtés au pli du coude.

---

*Séance du 16 octobre 1874.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

**17. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, communiquant avec la trachée et les bronches ;** par M. DECAUDIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Mercier, âgé de 55 ans, couché au n° 28 de la salle Sainte Anne (Hospice temporaire), est entré le 6 octobre 1874, (service de M. R. Lépine). — Ce malade a toujours joui d'une bonne santé. Ses antécédents de famille ne font pas soupçonner d'affection organique.

Il y a cinq mois, il a commencé à éprouver une sensation douloureuse, mais supportable, derrière le sternum, au moment de chaque déglutition ; puis, peu à peu la déglutition devint de plus en plus difficile. Enfin son état empira, au

point qu'il fût exclusivement soumis au régime lacté. Toutefois le lait fut difficilement supporté, et à cette époque il y eut dans l'intervalle des ingestions d'aliments, rejet d'un liquide glaireux, mêlé de stries sanguinolentes. Ces rejets de sang durèrent pendant quinze jours. Quelquefois de véritables hématomèses survenaient après chaque tentative d'ingestion alimentaire. Toutefois, au mois de juillet, il y eut une rémission momentanée de tous ces symptômes, la déglutition, quoique encore difficile, était possible, à la condition que le malade bût après chaque bouchée de pain. Le lait était l'aliment le mieux toléré.

Cet état ne dura pas, et dès la fin de septembre, la déglutition redevint très-pénible et même impossible. Sensation douloureuse derrière le sternum, entre les deux épaules, à l'épigastre; rejet de matières filantes, quelquefois teintées de sang. Le malade, qui jusqu'alors n'avait pas toussé, dit qu'à cette époque, chaque tentative de déglutition devenait l'occasion d'un accès de suffocation; outre que des quintes de toux survenaient maintenant très-fréquentes, et renouvelaient ses douleurs. Le malade amaigri, très-faible et à jeun complètement depuis six jours, se décida à entrer à l'hôpital le 6 octobre 1874.

Le malade offre, au premier abord, un aspect cachectique des plus prononcés, teinte jaune paille, figure amaigrie et tirée, aspect squelettique. Il désigne le dos, la ceinture et l'épigastre comme siège de ses douleurs, se plaint de tousser et de ne pouvoir rien avaler sans le rejeter immédiatement au milieu d'accès d'oppression intolérable. — A l'auscultation, râles sous-crépitants assez gros, généralisés à toute l'étendue des deux poumons. Le malade ne peut ingérer aucun aliment, les liquides eux-mêmes ramènent très-facilement la dyspnée et les accès d'étouffement. Toutefois les aliments déglutis ne sont rejetés qu'au bout de trois minutes, tandis que les liquides déterminent instantanément les accès de suffocation et de toux quinteuse suivie d'une expectoration filante. La douleur qu'il éprouve au moment de ces déglutitions, est mal déterminée, mais en dehors des accès, son siège est localisé dans le dos et à l'épigastre.

Le diagnostic porté : rétrécissement de l'œsophage, est confirmé par le cathétérisme, une sonde d'olive (la plus petite, 0,61 de diamètre de la filière,) est engagée dans le rétrécissement, et ressort avec assez de peine. Le rétrécissement semble être circulaire, long de deux centimètres, et situé environ au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. La sonde, pour arriver au rétrécissement, mesure une distance de 0,25 centimètres à partir de l'arcade dentaire. Toutefois, ce cathétérisme est mal

supporté, le malade est pris d'accès d'oppression. En auscultant le long de la colonne vertébrale, on entend, si l'on fait boire le malade, le glouglou du liquide qui passe, comparable à l'eau qui coule dans un goulot de carafe. Cette auscultation se fait au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales.

9 octobre. Le malade, soumis au régime lacté, a pu avaler son lait; toutefois l'ingestion de ce liquide a été douloureuse, au passage, fait dû au cathétérisme de la veille. On renouvelle l'exploration par la sonde. La boule d'ivoire ramène quelques filets de sang. Dans la journée, le malade a rendu, avec les crachats, du sang pur. Absence de fièvre, mêmes symptômes du côté du poumon, râles nombreux disséminés partout, submatité sous la clavicule droite.

Le 11, les hématemèses continuent, du sang est rejeté à chaque expectoration du malade, expectoration d'ailleurs très-abondante qui remplit le crachoir, mousseuse et sanguinolente. — C'est surtout pendant la nuit que le sang a été rendu. Reprise de la sonde, malgré les désirs du malade qui se désespère et refuse de s'y prêter. L'olive ramène encore du sang. Toutefois le malade peut avaler le lait, les bouillons et la potion cordiale qui lui sont donnés. La coarctation semble avoir diminué. — Nouveau cathétérisme le 12, également mal supporté.

13 octobre. Pas de sondage. Le malade refuse absolument de se laisser sonder, il rejette maintenant tout aliment, ne supporte plus rien et a des accès d'oppression beaucoup plus fréquents. Toujours du sang dans le crachoir. Il ne peut se coucher, reste assis dans son lit et respire difficilement.

17. La cachexie et tous les symptômes d'inanition s'accroissent davantage; pas de fièvre ni de délire, pas d'œdème, même dyspnée.

18 octobre. Grande agitation du malade qui est dans une anxiété très-grande, qui asphyxie de plus en plus, au point de laisser supposer la production subite d'un pneumothorax, lequel n'existe nullement. Mais en revanche, les râles sont très-nombreux. Le râle trachéal est déjà marqué, plaques cyaniques sur les cuisses. — Mort à une heure de l'après-midi.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, pas d'épanchement pleural, pas d'adhérences, mais l'œsophage est collé dans une certaine étendue, à la colonne vertébrale, et en soulevant les organes médiastinaux, quelques gouttes de pus sortirent immédiatement de la gouttière costo-vertébrale droite. — En disséquant avec soin l'œsophage, on parvient à le détacher des troisième, quatrième et cinquième vertèbres droites dont les corps sont intacts, sans aucune déchirure. Mais de

chaque côté de l'œsophage, la bronche droite et la bronche gauche sont ulcérées et présentent deux solutions de continuité aux dépens des segments membraneux qui sont ulcérés dans une partie de leur circonférence postérieure. La bronche droite est plus ulcérée que la gauche. Les ganglions médiastinaux sont noirs, quelques-uns purulents et ramollis. Aucun ne présente la dureté squirrheuse. L'aorte est intacte à l'intérieur, si l'on ouvre alors l'œsophage, on voit très-nettement une tumeur en plaque, longue de cinq centimètres, qui est ramollie, et dont le centre est perforé par une ulcération qui laisse voir la trachée au niveau de sa bifurcation. Le doigt introduit dans la trachée, par en haut, ressort par le trou, il ressort aussi des deux côtés, par les trous visibles sur la face postérieure des deux bronches. L'œsophage n'est pas rouge, ni dilaté au-dessus de la tumeur.

Quant aux poumons, ils sont crépitants et offrent des teintes verdâtres bien isolées au sommet droit et à la base gauche. A la coupe, un liquide séro-purulent s'écoule à flots, et par places il y a des noyaux de gangrène où le parenchyme se déchire en putrilage sous la pression du doigt et sous un filet d'eau. Ces noyaux sont au nombre de deux, à la base du poumon gauche, dans une assez grande étendue, et de deux dans le poumon droit, l'un au sommet, l'autre à la base. Odeur fétide. — Le péricarde est le siège d'un épanchement séro-sanguinolent. Rien du côté des articulations pulmonaires. Rien dans les autres organes.

M. LÉPINE. Ce fait est surtout intéressant, au point de vue clinique, car il existe dans les Bulletins de la Société, de nombreux exemples de lésions analogues. On voit sur la pièce, une perforation considérable qui fait communiquer largement l'œsophage avec la trachée et les bronches. Or, les symptômes de cette communication anormale, pendant la vie, ont été fort peu prononcés. C'est une remarque qui a déjà été faite, du reste, par M. Béhier, dans sa Clinique, à propos d'une observation de M. Piorry, où l'on avait diagnostiqué simplement des ulcérations laryngées. Ici, à part les accès de suffocation qui survenaient au moment de l'ingestion des aliments, rien n'indiquait la perforation, et jamais on n'a observé le passage des boissons par les voies aériennes. Lorsque le malade buvait, on entendait très-nettement un bruit de glouglou, un véritable gargouillement œsophagien, mais ce signe n'a rien de pathognomonique au point de vue d'une perforation, et il se rencontre dans tous les rétrécissements accompagnés d'une

dilatation au-dessus du point rétréci. Je ferai aussi une remarque sur l'état du poumon. Le tissu pulmonaire est fort malade et en train de se gangréner; ce n'est pourtant pas encore la gangrène véritable. Bien qu'il existe une perte de substance, et que le tissu ait la teinte verdâtre qui annonce la mortification, les crachats expectorés par le malade, n'avaient pas d'odeur fétide. Relativement à la date de la perforation, il est probable qu'elle est déjà assez ancienne, et il paraît vraisemblable de la rapporter à une quinzaine de jours environ; à cette époque, en effet, le malade avait eu plusieurs hémoptysies successives.

M. CHARCOT. Je relève dans le fait de M. Lépine, ce qui a trait aux symptômes laryngés. La comparaison des diverses observations de rétrécissement cancéreux de l'œsophage fait voir que tantôt il n'y a pas de troubles du côté du larynx. tantôt, au contraire, ces accidents sont assez importants pour conduire à pratiquer la trachéotomie. Il est probable qu'il existe une condition anatomique particulière, qui détermine la localisation de ces phénomènes.

M. LÉPINE. Je crois que la trachéotomie, dans la plupart des cas auxquels M. Charcot fait allusion, a été nécessitée par les accès de suffocation qui surviennent au moment où les malades boivent.

M. POZZI. On peut invoquer aussi dans certains cas, une autre cause. J'ai vu un malade chez lequel l'envahissement des ganglions cervicaux, par le cancer, était considérable. Ils formaient une masse qui comprimait l'œsophage et le nerf récurrent, ce qui donnait lieu à de la raucité de la voix, et à des accès de suffocation.

M. DECAUDIN. Il y a lieu de tenir compte également du siège de la lésion cancéreuse de l'œsophage, suivant qu'il intéresse directement le larynx, ou qu'il ulcère simplement la trachée et les bronches, comme dans le cas actuel.

#### 18. Sable intestinal.

M. LEGROUX montre un spécimen de sable intestinal rendu, à plusieurs reprises, par un notaire de province. Ce sont de petits graviers jaunâtres, présentant sous le microscope une forme cristalline, insolubles dans l'alcool, résistant aux acides, et pourtant susceptibles de brûler à la lampe. M. Legroux se demande si cette affection n'est pas de la gravelle hépatique.

Il est à noter que ce malade est également atteint de gravelle urinaire.

**19. Traumatisme du crâne. — Méningo-encéphalite consécutive et pyohémie lente survenue sans symptômes appréciables; par M. BOUVERET, interne des hôpitaux.**

M. BOUVERET montre les pièces recueillies sur le cadavre d'un maçon qui, trois semaines auparavant, était tombé la tête sur l'angle d'une pierre de taille. Après des accidents passagers de commotion cérébrale, le malade avait eu, au bout de trois jours, un érythème léger autour de sa plaie, puis au bout d'une semaine, il avait commencé à maigrir; on avait remarqué à ce moment, qu'il avait de l'ictère. Les symptômes restèrent les mêmes pendant quinze jours, sans que le malade éprouvât le moindre phénomène cérébral. La mort eut lieu dans le coma.

On trouva à l'autopsie, des abcès métastatiques du foie et du pouson. Au niveau de la plaie de tête, le crâne était épaissi, les os jaunâtres et remplis de pus, la dure-mère et la pie-mère étaient également infiltrées de pus. Au point correspondant existait, dans le lobe frontal, un abcès du cerveau fort étendu. — M. Bouveret insiste sur l'absence des symptômes qui auraient pu faire songer à de la méningo-encéphalite.

**20. Tumeur fibreuse de l'ovaire; par M. ZIEMICKI, interne des hôpitaux.**

Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille de 22 ans, mal réglée, n'ayant jamais été enceinte ni fait de fausse couche. Depuis plusieurs mois, elle s'était aperçue de la présence d'une tumeur abdominale, elle commençait à souffrir d'un léger œdème des jambes. M. Nicaise, qui la soigna à cette époque, avait d'abord constaté que la tumeur était mobile et flottante dans la cavité péritonéale. Mais à un examen ultérieur, il ne retrouva pas cette mobilité. Le toucher vaginal ne donnait aucune indication sur ce point, et il semblait, au contraire, que la tumeur faisait partie de l'utérus. L'ascite faisant des progrès, on dut faire une première ponction, qui donna issue à douze litres de liquide. Celui-ci se reproduisit rapidement, et on dut bientôt ponctionner de nouveau. Cette fois, il sortit quatorze litres. A partir de ce moment, la malade commença à maigrir, le dépérissement fit des progrès rapides, et elle succomba.

L'autopsie fit voir une tumeur ovoïde, du volume d'une tête

d'enfant, exactement formée aux dépens de l'ovaire droit, sans aucune adhérence avec les organes voisins, ni avec les parois de l'abdomen.

Cette tumeur est absolument solide, d'une consistance ferme et homogène, moins dure pourtant, en apparence, qu'un myome. On ne constate ni à la surface, ni à l'intérieur du néoplasme, aucune cavité kystique. Les ganglions voisins n'offraient pas la moindre altération.

M. Ziembicki insiste sur la difficulté pendant la vie de reconnaître si cette tumeur était ou non adhérente au corps de l'utérus. Si l'on eût été certain de l'absence d'adhérences, ce cas était très-favorable à une opération d'ovariotomie.

M. HOUEL. A un autre point de vue, la pièce actuelle a de la valeur, car il est rare de trouver une tumeur aussi nettement circonscrite à la région de l'ovaire, que l'est celle-ci. Il sera très-intéressant de faire l'examen microscopique avec soin, car on a mis en doute l'existence des fibromes vrais de l'ovaire.

Relativement aux symptômes observés du vivant de la malade, il n'est pas rare de constater des signes de mobilité de la tumeur, lorsqu'il existe de l'ascite dans l'abdomen. Au contraire, lorsque l'on a fait la ponction, la tumeur vient remplir l'excavation du petit bassin, et sa mobilité devient beaucoup plus douteuse. C'est ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas actuel. Aussi ordinairement voit-on survenir après les ponctions de la dysurie et de la difficulté pour aller à la garde-robe.

**21. Sarcome kystique de l'ovaire ; par M. REMY,**  
interne des hôpitaux.

M. REMY montre un kyste de l'ovaire, recueilli sur une malade morte dans le service de M. Tillaux. Le diagnostic avait été fort longtemps obscur et même, à une certaine époque, on avait cru à une grossesse. On voit, en effet, sur un des côtés du kyste, une tumeur charnue, volumineuse, séparée elle-même en plusieurs loges, et constituée par un tissu rougeâtre. Cette tumeur a été considérée comme un sarcome, par M. Tillaux. Elle avait contracté des adhérences avec les organes voisins.



**22. Thromboses multiples, chez une femme récemment accouchée. — Typhlite et pyléphlébite; par M. Ch. PETIT, interne des hôpitaux.**

M. PETIT fait voir les viscères d'une femme morte à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. PETER).

Cette malade, âgée de 22 ans, était entrée une première fois dans le service, au sixième mois de sa grossesse. On avait constaté à cette époque, l'existence d'une insuffisance aortique. Elle revint accoucher le 13 octobre. L'accouchement se fit naturellement, sans aucun accident. Le sixième jour survint sans cause connue, une légère diarrhée qui s'accrut le lendemain. Elle rendit près d'un litre de sang noirâtre, et accusa une douleur très-vive dans le flanc droit. Le surlendemain, nouvelle hémorrhagie intestinale. On constata que la région sous-hépatique était tuméfiée. Les phénomènes allèrent s'aggravant, et la mort survint le 22 octobre.

L'AUTOPSIE, pratiquée le 23 au matin, fit voir les lésions suivantes. Indépendamment d'une endocardite végétante de la valvule mitrale et des valvules sigmoïdes de l'aorte, le foie est très-volumineux, la veine porte dans tout son parcours intra-hépatique est oblitérée par des caillots en partie grisâtres, en partie cruoriques. Pareilles coagulations se voient dans la veine splénique, dans toute l'étendue de la rate qui est également fort congestionnée. Quant à la tumeur du flanc droit, elle est constituée par le cœcum, dont la muqueuse est extrêmement tuméfiée, épaissie et sanguinolente. Une partie des veines qui partent du cœcum sont également remplies de caillots. Du reste on n'observe aucune adhérence avec les anses intestinales voisines, et point de traces de péritonite.

M. RENDU. Je demanderai à M. Petit, comment il comprend la succession de ces lésions anatomiques, et quel nom il donne à la maladie dont est morte cette femme. Faut-il considérer ce fait comme un exemple de fièvre puerpérale avec thromboses multiples simultanées; ou bien doit-on croire à l'existence d'une pyléphlébite pure et simple? Et dans ce cas, où est le point de départ de la coagulation veineuse. Est-il dans les radicules de la veine porte, au niveau du cœcum, ou bien dans ses branches terminales? Quel rôle a pu jouer la typhlite dans le mécanisme de ces lésions?

M. PETIT. L'interprétation de ce fait est difficile. Il ne semble pas que la typhlite ait été primitive; d'autre part, je ne crois pas que l'on puisse considérer ces accidents comme de la fiè-

vre puerpérale. Il me paraît plus probable que les thromboses se sont faites simultanément.

M. RENDU. Si la pyléphlébite avait été l'accident primitif, on aurait probablement remarqué deux symptômes qui semblent avoir marqué chez la malade de M. Peter, l'ictère d'une part, et l'ascite.

M. CHARCOT demande si l'on a trouvé sur la muqueuse du cœcum, une ulcération capable d'être devenue le point de départ d'une phlébite des radicules de la veine porte.

M. PETIT répond que pareille lésion n'a pas été observée.

**23. Carie syphilitique du rocher. Lésions syphilitiques de la voûte du crâne ;** par E. BARIÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé V., âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, (service de M. MESNET), le 24 mars 1873, pour une *suppuration intarissable de l'oreille gauche*, datant déjà de plusieurs mois. Il y a trois ans et demi environ, le malade a eu la syphilis; à son entrée dans le service, il ne présente aucun accident spécifique, et ne se plaint que de douleurs vives dans l'oreille. Au bout de six mois de séjour à l'hôpital, et malgré le traitement antisiphilitique, la suppuration augmente; les douleurs deviennent plus vives et la surdité est presque complète.

Vers la fin de juillet 1873, on constate un peu d'œdème au-dessus et en arrière du conduit auditif externe, la suppuration est très-abondante; le malade a des douleurs horribles dans l'oreille gauche, qui l'empêchent de prendre aucun sommeil. Dans le courant du mois d'août, l'œdème, signalé au-dessus du conduit auditif, s'est étendu considérablement, et s'étend maintenant en haut, sur toute la surface pariétale gauche, en arrière, jusqu'à la nuque. En ces points, et surtout au niveau du pariétal, le cuir chevelu est soulevé et séparé de la boîte crânienne, par une couche de liquide épais, pâteux; la peau est lisse, tendue, alopecie complète, tandis que dans la partie droite du crâne, on constate encore quelques cheveux. — Le malade qui refuse toute intervention chirurgicale, est dans un état de cachexie profonde.

Le 20 septembre, l'œdème a dépassé la suture interpariétale et s'étend maintenant aux trois quarts de la voûte crânienne; en avant il s'avance jusque sur le frontal; en arrière, il s'étend jusqu'à la nuque.

Mort le 27 septembre. Le malade a conservé toute son intelligence jusqu'au dernier moment, et jamais n'a présenté aucun accident cérébral.

**AUTOPSIE.** — *Poumons, cœur, reins, rate*, intacts. Le *foie* est petit, rétracté, granuleux, extrêmement dur; pas de coloration amyloïde avec la teinture d'iode, c'est un type complet de *cirrhose*.

Après avoir enlevé la voûte crânienne d'un trait de scie, on trouve, entre le cuir chevelu et les os, une vaste collection de pus épais, grisâtre, infect, mélangé à de petits séquestres osseux. Les muscles auriculaire, temporal, du côté gauche, ainsi que l'aponévrose épicroânienne, et une partie des muscles de la nuque, sont entièrement détruits.

Au niveau du *conduit auditif*, un grand nombre de petits séquestres se détachent; l'*apophyse mastoïde* elle-même a disparu presque entièrement; en sorte que, de ces points, un stylet peut arriver jusqu'à la *dure-mère*. Celle-ci, dans les points où elle revêt la face interne du pariétal et le temporal, est doublée d'une fausse membrane organisée, et entre elles on trouve du pus et quelques points noirâtres hémorragiques; il y a là une véritable *pachyméningite*. Le *sinus pétreux supérieur* et le *sinus latéral gauche* sont oblitérés par un caillot de 0,06 centimètres de long. Quant au *cerveau*, il est absolument intact.

Après avoir fait macérer la pièce pendant quelques jours, on constate tout d'abord que la voûte crânienne est extrêmement lourde et épaisse: le frontal a une épaisseur de près de un centimètre.

On constate, en outre, sur la face convexe, ainsi que sur la concave, un grand nombre de petits pertuis, creusés dans la masse, et où la substance osseuse a disparu. Ces pertuis sont séparés par des îlots blanchâtres, très-durs, où la substance osseuse, au contraire, est épaissie, et forme des masses compactes. Il s'est formé vraisemblablement en ces points, des poussées d'*ostéite* raréfiante, par places, condensante en d'autres.

Le *rocher* est détruit en grande partie; l'*oreille moyenne* est absolument méconnaissable; on peut cependant au milieu de ces masses de putrilage et de séquestres osseux, suivre assez loin la carotide interne; elle paraît d'ailleurs normale.

**Réflexions.** — La marche de la lésion est facile à tracer. Sous l'influence de la syphilis, *suppuration* intarissable de l'*oreille moyenne*, pendant 18 mois; destruction complète de celle-ci: envahissement du pus vers les *cellules de l'apophyse mastoïdienne*, amenant peu à peu la nécrose de ces parties. Puis la suppuration s'étend aux parties voisines, détruit les muscles et toutes les parties molles, et vient former une vaste collection entre la voûte du crâne et le cuir chevelu, ayant

pour résultat les altérations osseuses signalées plus haut.

En terminant, nous ferons remarquer que malgré le voisinage de l'encéphale et de la lésion, et malgré la grave altération de la dure-mère, jamais le malade n'a eu aucun accident cérébral (1).

**24. Cystite chronique. Phlébite suppurée des plexus de Santorini; par M. CARPENTIER MÉRICOURT, interne provisoire.**

M. CARPENTIER MÉRICOURT met sous les yeux de la Société la vessie d'un homme mort dans le service de M. B. Anger à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade, affecté d'une cystite chronique et d'une hypertrophie de la prostate, souffrait d'une rétention d'urine, mais n'avait jamais eu de fièvre ni d'hématurie. A la suite d'un cathétérisme pratiqué au moyen d'une sonde métallique, il saigna un peu et fut pris presque immédiatement après d'accidents de fièvre urinaire auxquels il succomba en quelques jours.

L'autopsie fit voir que la muqueuse vésicale était épaissie, fongueuse et tapissée de plaques ecchymotiques : mais la lésion la plus remarquable siégeait au niveau des plexus veineux vésico-prostatiques. Ils étaient complètement remplis de caillots et de pus : de nombreux abcès se voyaient sous la muqueuse vésicale. Le cathétérisme paraît n'avoir pas été étranger au développement de cette phlébite, bien que l'on n'ait pas trouvé trace de fausse route au niveau du col vésical.

**25. Polype muqueux implanté à la partie postérieure des fosses nasales; par M. RECLUS, aide d'anatomie.**

M. RECLUS montre un polype du nez enlevé le matin même par M. Trélat. Depuis longtemps, le jeune homme qui en était affecté souffrait d'un enchyfrènement continu, et d'un écoulement muco-purulent par les narines. Le polype n'était pas visible à la partie antérieure des fosses nasales, mais on pouvait en apercevoir l'extrémité inférieure qui pendait derrière le voile du palais, au côté gauche de la luette. Cette portion saillante, rouge, vascularisée, paraissait appartenir à un fibrome naso-pharyngien dont l'implantation devait se trouver sur la paroi postérieure du pharynx. C'est dans le but de l'extirper que M. Trélat introduisit l'anse d'un galvanocautère

---

(1) La pièce a été déposée au musée syphilitique de l'hôpital de Lourcine.

dans l'arrière-gorge. Le polype se détacha d'un bloc, et il fut facile de voir que c'était un polype muqueux, solitaire, développé sur les arrière-narines. Toute la partie cachée derrière le voile du palais était pâle, gélatiniforme et avait l'aspect ordinaire des polypes muqueux; seule, la partie saillante dans la cavité buccale était rouge et d'apparence charnue.

M. POZZI. J'ai présenté en 1871 à la Société anatomique un polype analogue qui avait été extirpé par M. Richet. Il était également solitaire et d'aspect fibreux dans toutes les portions qui étaient exposées à l'air. L'examen microscopique montre dans ces points un développement notable d'éléments fibro-plastiques, disposés en série, ainsi que des vaisseaux de nouvelle formation entourés de traînées de leucocytes. Le reste de la tumeur présentait la structure du myxome pur.

M. RENAULT. Je demanderai à M. Reclus si l'on a pratiqué l'examen histologique de ce polype. Il n'est pas douteux que ce ne soit un myxome, mais il y a deux espèces de myxomes, et le tissu muqueux dans les deux cas présente des réactions fort différentes: Les uns sont constitués par une matière amorphe, indifférente aux réactifs, et se colorant très difficilement; les autres, au contraire, par une substance fondamentale qui offre les réactions de la matière colloïde, et se colore par le carmin; le picro carminate, l'indigo et l'hématoxyline. Or, dans les polypes muqueux du nez, cette dernière substance prédomine.

M. POZZI. Ces deux modalités de la substance muqueuse sont-elles toujours distinctes, ou bien l'une n'est-elle qu'une modification de l'autre?

M. RENAULT. Je pense qu'elles sont toujours de nature différente, et que la matière muqueuse, qui se colore aux réactifs, est un produit de la dégénération des éléments glandulaires qui subissent la transformation colloïde.

#### **26. Séquestres osseux du conduit auditif; par M. CARTAZ.**

M. CARTAZ montre un fragment osseux qu'il a eu l'occasion de retirer du conduit auditif d'un malade. Cet homme reçut pendant la guerre une balle qui lui traversa le maxillaire supérieur en lui brisant l'articulation temporo-maxillaire. Sauf des accidents oculaires graves, qui nécessitèrent l'énucléation du globe de l'œil, la plaie de la face avait assez rapidement guéri et les mouvements de l'articulation de la mâchoire s'é-

taient rétablis. Mais il était toujours resté un écoulement purulent par l'oreille, accompagné de douleurs névralgiques opiniâtres. En inspectant le conduit auditif externe au moyen d'un styilet, on sentit un corps dur qui présentait une certaine mobilité. L'extraction en fut assez facile, mais au lieu d'un séquestre de la portion osseuse du conduit, comme on s'y attendait, on vit que le fragment d'os retiré correspondait au condyle presque tout entier de l'articulation temporo-maxillaire. Immédiatement après l'extirpation de ce séquestre, la suppuration et les douleurs névralgiques cessèrent.

### **27. Luxation du radius en dehors ; par M. MARCHAND.**

M. MARCHAND présente une pièce sur laquelle le mécanisme de la luxation du radius en dehors se voit très-manifestement. La tête radiale est déjetée en dehors de l'épicondyle : le ligament latéral externe est déchiré, le ligament annulaire est conservé, et le radius semble avoir passé au-dessous de lui, de sorte qu'au lieu d'entourer le col de cet os, il embrasse immédiatement la capsule radiale. Le cubitus n'a pas suivi le radius dans le mouvement de torsion qui l'a rejeté en dehors : il s'est brisé à son tiers supérieur, et le fragment inférieur forme un angle obtus avec le supérieur. L'avant-bras est du reste en pronation forcée, et en demi-flexion, ce qui prouve que le mécanisme de la luxation est une torsion violente de l'avant-bras en dedans, combinée avec une flexion incomplète.

### **28. Fistule vésico-vaginale opérée sans succès. Péritonite suraiguë, sans rapport direct avec cette lésion ni avec l'opération. Difficultés du diagnostic ; par M. BOUILLY, interne des hôpitaux (1).**

X. . . . ., 38 ans, d'une bonne santé habituelle, entre dans le courant du mois de juillet 1874 à l'hôpital de la Pitié (service de M. VERNEUIL), salle Saint-Augustin, n° 27. Les antécédents pathologiques de cette malade se réduisent à une tumeur blanche ancienne du genou gauche, survenue dans l'adolescence et terminée par ankylose fibreuse, avec luxation incomplète du genou, en arrière et en dehors.

L'existence de sa fistule vésico-vaginale remonte à deux ans ; elle est survenue à la suite d'un accouchement laborieux. Depuis cette époque, la malade ne peut absolument retenir une seule goutte d'urine, et n'urine jamais par l'urèthre.

---

(1) Note lue pour obtenir le titre de membre titulaire de la Société Anatomique.

L'examen montre une très-large perte de substance, située très-haut, sur la paroi antérieure du vagin, ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur, mesurant environ trois centimètres, d'une largeur de deux centimètres. Cette perte de substance est divisée en deux orifices secondaires par une bride transversale ayant environ cinq millimètres de hauteur et siégeant vers l'union du premier tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la solution de continuité. — Les parties voisines de la fistule sont assez souples, sans induration. — Il n'y a eu aucune tentative opératoire.

6 août. — Opération. — Vu la disposition spéciale de la lésion, l'opération n'aura pour but que de fermer la partie supérieure de la fistule, celle qui est située au-dessus de la bride transversale. Avivement des bords de la fistule dans toute cette portion; avivement de la bride; réunion longitudinale par sept points de suture. Une opération ultérieure devra combler la brèche restante.

Les résultats immédiats de l'opération furent des plus satisfaisants: Pendant tout le temps que les fils restèrent en place, toute l'urine s'écoula par la sonde à demeure; la malade n'était nullement mouillée; l'opération semblait avoir donné plus qu'on en espérait.

13. — Ablation des fils. — La suture semble avoir réussi partout. Mais deux à trois jours plus tard, toutes les espérances de succès durent être abandonnées: La malade était inondée dans son lit par l'urine qui s'écoulait incessamment, tout comme avant l'opération, et qui ne sortait plus du tout par la sonde à demeure. Celle-ci fut retirée et la malade garda le lit jusqu'au 21 août. A partir de ce moment, elle commença à se promener dans la salle.

Les règles étaient venues peu abondantes et pendant deux jours seulement, vers le 18. Elles étaient très-irrégulières et très-peu abondantes depuis le début de la fistule vésico-vaginale, fait du reste extrêmement commun chez les malades atteintes de cette lésion.

24 août. — Pour la première fois, par une belle journée, la malade alla se promener quelques heures dans le jardin de l'hôpital. Elle était alors en parfaite santé, mangeant bien, dormant bien, n'ayant que les ennuis de son infirmité. Ce jour même, elle mangea au repas du soir avec appétit et s'endormit tranquillement vers les neuf heures. A une heure du matin, elle fut tout-à-coup réveillée par un frisson violent, par une douleur extrêmement vive à la région hypogastrique, et par des envies de vomir. A partir de ce moment, les vomissements devinrent incessants durant tout le reste de la nuit.

25, matin. T. A. 39°, 1. Le matin, à la visite, nous trouvons

la malade le visage très-altéré, pâle, exprimant la souffrance. Elle nous accuse une violente douleur siégeant à la région hypogastrique, ayant son maximum surtout immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Le ventre est très-moderément ballonné; il est sensible à la pression, mais peut être exploré; la malade se plaint plutôt d'une douleur profonde, spontanée, que de la douleur superficielle provoquée par l'exploration. Les vomissements sont presque incessants: d'abord alimentaires, ils sont devenus franchement bilieux. La langue est blanche, peu chargée, humide. La respiration est fréquente, anxieuse, difficile à cause de la douleur abdominale. L'examen des régions inguino-crurales ne montre nulle part trace de hernie; du reste la malade ne s'en est jamais connue.

La vulve, la partie supérieure des cuisses, ordinairement baignées par l'urine, ne présentent ni lymphangite, ni érysipèle. Les ganglions inguinaux sont indolents. La malade n'était pas plus constipée les jours derniers qu'à l'habitude: elle allait à la selle tous les deux jours en moyenne. Deux verres d'eau de Sedlitz, cataplasme laudanisé sur le ventre, glace à l'intérieur. — Soir. T. A. 38°, 8. Même état. L'eau de Sedlitz a été vomie, et il n'y a pas eu de selles.

26, matin. T. A. 38°, 8. L'état s'est aggravé. Les vomissements continuent: ils sont toujours franchement et exclusivement bilieux. Le ventre est plus ballonné qu'hier et dans toute son étendue, mais modérément; les anses ne se dessinent pas sous la peau; sonorité tympanique à la région épigastrique; submatité à la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus du pubis. Douleur modérée à la palpation, plus vive spontanément et dans la profondeur, toujours surtout prononcée au niveau des flancs et de la région hypogastrique. En outre, la malade nous assure et à plusieurs reprises, et répond très-affirmativement à nos questions faites avec insistance, que depuis le début de ses douleurs, c'est-à-dire depuis la nuit du 24 au 25, elle n'a *absolument rien* rendu par l'anus, *ni selle ni gaz*. — On prescrit deux grands lavements simples, à quelques minutes d'intervalle, des cataplasmes sur le ventre et de la glace à l'intérieur.

Soir. T. A. 39°, 2. Les lavements ont été rendus quelques minutes après avoir été donnés, *absolument purs, et sans ramener de matières*. En outre, la malade nous affirme de nouveau qu'elle n'a rendu aucun gaz, ni avec les lavements, ni plus tard.

Le facies est plus altéré, les vomissements persistent avec les mêmes caractères, et dans leur intervalle, la malade est tourmentée par des rapports fréquents. La langue est blanche, humide. — Potion de Rivière, glace, etc.



27, matin. T. A. 37°,8. Même état. Vomissements persistants. Pas de gaz par l'anus. L'hypothèse d'une obstruction intestinale, discutée depuis le début des accidents, est acceptée maintenant comme la plus vraisemblable, et en conséquence on prescrit des pilules drastiques pour exciter les contractions intestinales. Le ventre n'est guère plus ballonné que la veille; les douleurs ont le même caractère.

Soir. T. A. 39°,1. Les pilules ont été rendues avec les vomissements. Pas de selle ni de gaz. — Lavement purgatif, vingt sangsues sur le ventre.

28, matin. T. A. 38°,9. Etat général de plus en plus mauvais; à cinq heures du matin, la religieuse de service s'est aperçue que la malade se refroidissait. — Le lavement purgatif a été rendu sans ramener de matières. La malade nous dit que dans la nuit, elle a cru rendre trois petits gaz. Mais son état ce matin est désespéré: les vomissements persistent toujours franchement bilieux; le facies est très-altéré, cholériforme; les extrémités sont froides, ainsi que le nez et la langue; l'intelligence est intacte, mais la vue se trouble, et la malade ne nous aperçoit que comme à travers un brouillard; elle est agitée dans son lit, elle se retourne fréquemment; elle a le sentiment de sa fin prochaine. En effet, la mort arriva à une heure de l'après-midi avec les phénomènes extérieurs de l'algidité la plus complète (Temp. axillaire au moment de la mort: 40°, 2.)

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale.* Les anses intestinales sont modérément distendues; elles le sont également sur tout le trajet de l'intestin; c'est surtout l'estomac qui offre la plus grande distension gazeuse. En soulevant le grand épiploon, nous voyons, entre les anses de la moitié inférieure surtout, une couche de pus, et en soulevant le paquet intestinal, nous trouvons toute l'excavation du petit bassin remplie par une quantité de pus qu'on peut évaluer à environ un litre. Ce pus est jaune verdâtre, épais, phlegmoneux, surtout limité à l'excavation pubienne: il y en a peu au-dessus de l'ombilic, entre les anses intestinales. Celles-ci présentent une congestion modérée, surtout prononcée dans le petit bassin. Il en est de même du péritoine pariétal. Nulle part les anses ne sont agglutinées entre elles. On ne trouve que quelques fausses membranes peu épaisses et peu adhérentes, seulement dans les culs-de-sac recto-utérin et surtout vésico-utérin. C'est évidemment ce point qui a été le siège primitif de la péritonite.

Examinées avec soin sur tout leur trajet, les anses intestinales ne présentent nulle part ni trace d'invagination, ni d'étranglement, ni de constriction quelconque, ni de pression sur le

mésentère. En aucun endroit, on ne trouve la trace d'un obstacle, pas plus à la face interne qu'à la face externe de l'intestin. La maladie a donc eu simplement une *péritonite purulente suraiguë* du petit bassin et non une obstruction intestinale. L'utérus et ses annexes paraissent parfaitement sains.

Voilà l'observation dans toute sa simplicité, et s'il semble maintenant ressortir de sa lecture que le diagnostic devait se déduire facilement des symptômes observés, il était loin d'en être ainsi au lit de notre malade.

Nous demandons la permission de faire suivre ce fait de quelques commentaires, d'exposer les difficultés qu'il nous a présentées, les causes qui les ont engendrées, et peut-être les moyens que nous aurions eu d'établir un diagnostic exact. Sauf le début, chez notre malade tout était obscur, la cause, les symptômes. La seule chose évidente, c'est que nous nous trouvions en face d'une affection à marche rapide, quasi foudroyante, devant laquelle nous restions désarmés. Revenons en détail sur quelques points.

Dès le début, l'idée d'une affection abdominale s'imposait à l'esprit: la douleur vive hypogastrique, les vomissements bilieux, le faciès typique, le ballonnement du ventre, tout y était, et le mot *péritonite* fut prononcé d'emblée. Mais pourquoi une péritonite survenant chez cette femme? Nous étions sûrs que depuis l'opération, c'est-à-dire depuis vingt jours, elle n'avait subi aucun traumatisme; depuis l'ablation des fils, c'est-à-dire depuis onze jours, elle n'avait été l'objet d'aucun examen; elle n'avait même pas subi de toucher vaginal; ses règles étaient venues quelques jours auparavant, sans douleur et sans malaise; elles étaient absolument finies. Il n'y avait pas de constipation, pas d'affection abdominale antérieure, et nous en étions réduits à l'hypothèse d'une péritonite à *frigore*, prise dans le jardin; par une température de 25 à 30°, ou contractée sous l'influence d'une première sortie, vingt jours après l'opération!

Quarante-huit heures plus tard, nos doutes étaient encore plus grands: depuis le début des accidents, il n'y avait eu ni selles, ni gaz; de grands lavements, donnés coup sur coup, n'avaient amené aucun résultat; l'état général s'aggravait, et l'hypothèse d'une obstruction intestinale semblait remplacer avantageusement la première idée de péritonite.

Le traitement dirigé dans ce second sens semblait par son inutilité confirmer notre diagnostic, et jusqu'au moment de la mort, aucune évacuation gazeuse ou liquide n'avait été rendue. L'autopsie devait entièrement ruiner cette hypothèse; la maladie était une péritonite purulente, surtout limitée au

petit bassin; il n'y avait, en aucun point, aucun obstacle au cours des matières intestinales.

Quelles étaient donc les causes qui avaient pu motiver notre erreur? Elles étaient multiples: d'abord l'absence de cause évidente de péritonite et la difficulté d'admettre une péritonite spontanée; ensuite la constipation opiniâtre et surtout la rétention gazeuse, constipation et rétention que rien ne put vaincre et qui persistèrent jusqu'à la fin. Qu'on y joigne une douleur intra-abdominale, surtout *profonde*, peu exagérée par la pression, du ballonnement du ventre, des vomissements incessants, un aspect cholériforme, et l'on comprendra qu'un tel ensemble symptomatique puisse faire sérieusement penser à une obstruction intestinale.

Y avait-il des signes qui auraient pu nous faire éviter l'erreur? Je le crois difficilement: en présence d'une constipation invincible, d'une rétention gazeuse absolue, l'idée d'un arrêt des matières fécales s'impose et *doit* s'imposer absolument; ce sont des symptômes en général trop caractéristiques pour conserver leur valeur. Mais, dans un cas analogue, je crois qu'il aurait été bon de tenir compte des considérations suivantes, et de puiser des éléments du diagnostic différentiel, en analysant sévèrement chaque symptôme. C'est ce que nous allons faire en peu de mots.

1° — Dans l'obstruction intestinale, en particulier dans l'étranglement interne (seul mode d'obstruction qui débute aussi brusquement qu'ici), la *température* est plutôt *abaissée* qu'élevée, surtout dans les premières heures. Or, dans notre cas, sans être très-élevée, quelques heures après le début des accidents, le thermomètre indiquait déjà une température de 39°, 1, et pendant toute la maladie il se maintint dans ses environs.

2° *Ballonnement*. Sans revenir sur les signes donnés par Laugier et bien connus, mais quelquefois difficiles à trouver, disons que dans l'obstruction intestinale à marche aiguë, le ventre présente en général un développement très-considérable, une distension des anses se dessinant sous la peau, surtout marquée en une région de l'abdomen, avec affaissement relatif dans les autres régions. — Ici, nous avions une distension modérée, diffuse, sans relief d'anses intestinales. En outre, au bout de trente-six heures, une submatité notable à la région hypogastrique, au-dessus du pubis, sans rétention d'urine, aurait pu nous donner l'idée d'un épanchement intra-péritonéal.

3° Les *vomissements* aussi auraient pu nous donner quelques indices; du début à la fin ils furent toujours franchement et exclusivement *biliéux*, sans présenter jamais le caractère des

vomissements *fécaloïdes*; ces derniers ne manquent jamais quand l'obstruction dépasse un certain temps, même quand l'obstacle siège dans les premières portions de l'intestin, très-près du pylore, circonstance d'ailleurs exceptionnelle; quoiqu'il en soit de ce diagnostic rétrospectif, je termine par les trois remarques suivantes :

A. Il y a des péritonites suraiguës qui s'accompagnent d'une *constipation* et d'une *rétenction gazeuse absolue*, au point de simuler l'obstruction intestinale.

B. Cette péritonite est survenue *sans cause appréciable*; on n'en peut trouver qu'une raison dans une prédisposition créée par une lésion ancienne du vagin et de la vessie, par la coïncidence d'une opération encore peu éloignée, ayant porté sur ces parties.

C. Cette péritonite aurait éclaté à l'occasion de la première sortie de la malade, et il en ressortirait l'indication de garder ces opérées au lit ou à la chambre longtemps après leur opération.

**29. Sur une variété non décrite de kyste dentaire. Rapport sur la candidature de M. Remy, interne des hôpitaux, au titre de membre adjoint, par M. DURET.**

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Remy à la Société anatomique, il en est une surtout qui nous paraît offrir un vif intérêt. Il s'agit d'un kyste folliculaire du maxillaire inférieur présentant au point de vue anatomique et clinique certaines particularités que nous n'avons pas trouvées signalées dans les deux monographies les plus récentes et les plus complètes sur ce sujet. Voici en deux mots l'histoire clinique.

Une jeune fille, âgée de 25 ans, ayant une mauvaise dentition et de nombreux abcès dans la bouche, entre dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la mâchoire inférieure. Celle-ci avait la grosseur d'un œuf de pigeon, était indolente, très-dure, faisait saillie à l'extérieur, remontait jusqu'au condyle et descendait jusqu'aux attaches du masséter. Dans l'intérieur de la bouche, le bord alvéolaire était aminci, et on voyait à l'endroit qui est occupé ordinairement par la dent de sagesse un petit pertuis. Au toucher, la paroi du kyste fléchissait en produisant un bruit parcheminé. Un stylet introduit par l'ouverture fistuleuse ne permit de reconnaître ni corps dur, ni os dénudé. M. Richet, après avoir diagnostiqué un kyste dentaire, l'opéra de la façon suivante : il fit une incision demi-circulaire contournant l'angle du maxillaire, arriva par cette voie sur la paroi du kyste et l'ouvrit; par une seconde

incision faite à l'intérieur de la bouche, il introduisit un davier et parvint à extraire la dent contenue dans la cavité kystique.

Cette dent présentait tous les caractères d'une dent de sagesse complètement développée ; sa racine n'était nullement atrophiée ; elle était creusée d'un canal parfaitement libre ; et, chose singulière, la couronne était recouverte d'une membrane veloutée, analogue à celle qui tapissait les parois du kyste.

Ni M. Guyon, dans son article remarquable du *Dictionnaire encyclopédique*, ni M. Magitot, dans son excellent mémoire des *Archives de médecine*, ne signalent la présence de cette membrane à la surface de la couronne des dents comprises dans la cavité des kystes dentaires de la période coronaire.

D'après ces auteurs, ces kystes ont une paroi fibreuse tapissée d'un épithélium pavimenteux et la couronne de la dent, dénudée, fait saillie dans leur intérieur. Parfois une légère couche d'émail revêt la surface de l'ivoire de la dent, mais le plus souvent l'organe de l'émail s'atrophie dès le début du développement du kyste.

Il nous semble précisément que, dans le cas présent, cette membrane veloutée qui tapisse la cavité kystique et revêt la couronne de la dent est due à la persistance et à l'hypertrophie de l'organe de l'émail. L'histoire du développement des dents permet de comprendre cette anomalie. En effet, l'organe de l'émail forme une sorte de capuchon dont la concavité coiffe le bulbe dentaire et dont la convexité s'applique à la face interne du sac dentaire. Il se compose de trois couches : une extérieure, épithéliale, qui possède à sa face externe des bourgeons avec lesquels s'engrènent les villosités vasculaires du sac dentaire ; une moyenne d'aspect gélatiniforme et une interne épithéliale ou membrane de l'émail. Il est probable que dans la généralité des cas, c'est dans la couche moyenne ou muqueuse que se fait l'épanchement des premières gouttelettes de liquide, origine du kyste. Il en résulte que les cellules de Hannover ou cellules formatrices de l'émail, comprises dans cette couche, subissent la dégénérescence graisseuse ou par le refoulement forment le revêtement épithélial des parois du kyste. Par suite de la disposition de ces cellules formatrices, le développement de l'émail est suspendu.

Supposons, au contraire, qu'à la suite d'un traumatisme quelconque un épanchement de sang ait lieu entre la paroi villeuse du sac dentaire et les villosités vasculaires de la membrane la plus externe de l'organe de l'émail, il se produira une cavité tapissée partout de papilles vasculaires. La couronne de la dent elle-même restera revêtue d'une membrane velou-

tée, et comme les cellules de Hanover ne sont pas atteintes, l'émail et la dent toute entière continueront à se développer comme dans le cas présent. Ainsi se trouve expliquée la présence d'une membrane veloutée à la surface de la couronne et l'absence d'atrophie de la racine. Ce qui confirme cette hypothèse, c'est que M. Liouville a trouvé, à l'examen histologique, cette membrane formée d'une couche conjonctive vasculaire, infiltrée de leucocytes et une couche épithéliale.

Il est rare de trouver du pus dans les kystes folliculaires : ici en admettant cette pathogénie, il n'est pas étonnant que du sang épanché, mis en communication avec l'air par une ouverture fistuleuse, ait amené la transformation purulente. Il existait enfin, chez cette malade, des traumatismes antérieurs, qui justifient l'hypothèse de l'épanchement sanguin primitif ; on lui avait arraché les trois dents voisines et c'est consécutivement que s'est formée la fistule.

En résumé, il nous semble que cette observation offre un exemple remarquable d'une variété, non décrite, de kyste dentaire de la période coronaire. Au point de vue clinique, il est utile de faire remarquer que la présence de la membrane veloutée sur la couronne, explique l'impossibilité qu'a éprouvée M. Richet de reconnaître à l'aide du stylet la présence d'une dent dans la cavité kystique.

**30. Sur l'ostéo-sarcome et les fractures spontanées qui en sont la conséquence.** *Extrait du Rapport sur la candidature de M. CUFFER, au titre de membre-adjoint de la Société anatomique, par M. PASTOURAUD.*

.... Le 20 février 1874, M. Cuffer vous montrait les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte d'un ostéosarcome du fémur. Je retracerai brièvement la marche de la maladie et ferai ressortir ensuite les quelques particularités qui donnent à cette présentation un certain intérêt au point de vue du diagnostic de ce genre de tumeurs, des fractures spontanées auxquelles elles peuvent donner lieu, enfin des phénomènes de consolidation qui peuvent se rencontrer dans ces dernières.

X..., 40 ans, était entrée à l'hôpital de la Charité pour une surdité complète survenue sans cause appréciable. Mais, ayant eu la syphilis, on crut pouvoir expliquer par là cet accident, d'autant plus que sous l'influence d'un traitement mercuriel la surdité diminuait. Mais la malade maigrissait rapidement et présentait une pâleur cachectique très-marquée sans que l'on pût en découvrir la cause, lorsqu'elle fut prise d'une vive douleur à la cuisse droite. On constata un gonflement très-notable

du tiers inférieur du fémur et l'on crut alors à une ostéo-périostite.

Le lendemain la cuisse droite présentait tous les signes d'une fracture. On crut devoir attribuer cette fracture aux mouvements imprimés au membre de la malade pendant le transport dans le service de chirurgie.

Cette fracture, on le voit, avait été presque spontanée et l'on supposa d'abord qu'elle résultait d'une raréfaction du tissu osseux, due à la syphilis. Néanmoins le diagnostic resta incertain et M. Gosselin indiqua la possibilité de l'existence d'un ostéo-sarcome du fémur, ce qui ne tarda pas à être confirmé par la persistance des douleurs sous l'appareil de Scultet et l'apparition d'un œdème considérable de la jambe droite. On retira l'appareil vingt jours après et l'on constata un commencement de consolidation. Pendant ce temps la malade se plaignait de douleurs très-vives au niveau des deux dernières côtes et de la région lombaire. La cachexie faisait de grands progrès. Les douleurs qui avaient diminué du côté de la cuisse ne tardèrent pas à reparaitre aussi violentes qu'au début, et, lorsqu'on leva une seconde fois l'appareil, on reconnut l'existence d'une nouvelle fracture au-dessus de la précédente. Cette fracture était donc incontestablement spontanée.

Le 4 février, l'autopsie permit de constater un sarcome de la colonne lombaire, s'étendant au sein gauche ainsi qu'aux deux dernières côtes du même côté; de plus, le fémur gauche était envahi à son tiers inférieur par un sarcome médullaire et sous-périosté; enfin le fémur droit, comme vous avez pu le voir, présentait un ostéo-sarcome très-volumineux ainsi que deux fractures, l'une au-dessous de la tumeur et déjà en partie consolidée, l'autre au-dessus sans trace de consolidation.

L'existence d'un commencement d'organisation du cal au niveau de la fracture inférieure a été mise en doute, au moment de la présentation, par MM. Houel et Lucas-Championnière, mais l'examen microscopique prouva plus tard qu'il y avait bien un cal cartilagineux avec quelques productions osseuses de nouvelle formation. Dans le cas de M. Cuffer, le diagnostic de la nature de la tumeur offrait quelques difficultés par suite des antécédents syphilitiques de la malade. Mais la marche de la maladie, son extension à divers points du squelette, la persistance de la douleur après l'immobilisation, l'apparition de l'œdème du membre, la rapidité de la cachexie permirent de diagnostiquer, pendant la vie, un ostéo-sarcome du fémur.

Ce diagnostic une fois établi, on se rendit facilement compte du mécanisme de la fracture. En effet, les fractures spontanées ne sont pas rares au niveau des tumeurs malignes des

os. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. On les rencontre au même titre que dans la syphilis, le scorbut local, les kystes des os, etc., en un mot toutes les affections générales ou locales pouvant déterminer une raréfaction du tissu osseux.

Mais, ce qui est plus rarement indiqué, c'est la possibilité d'une consolidation dans ce genre de fractures. Les cas doivent être rares, il est vrai, puisqu'il s'agit toujours d'individus cachectiques dont l'état général retarde la consolidation. « Le cancer des os, dit Gerdy, en raréfie et amincit la substance au point d'en rendre quelquefois la consolidation impossible par le même mécanisme qui en détermine la fracture. »

La raréfaction du tissu osseux n'existe cependant pas toujours dans l'ostéo-sarcome ; il est au contraire très-fréquent de voir se développer autour de ces tumeurs, des masses plus ou moins considérables de tissu osseux de formation secondaire ; mais l'ossification n'est constante que dans une partie des ostéo-sarcomes périphériques qui, par cette raison, ont été désignés par J. Müller sous le nom d'ostéolides. L'ostéo-sarcome médullaire ou central détermine beaucoup plus facilement la raréfaction du tissu osseux.

Dans le cas de M. Cuffer, il y avait à la fois un ostéo-sarcome central et périphérique, et les deux communiquaient à travers le tissu du fémur par des trajets fistuleux. Les altérations précédentes étaient donc réunies sur un même point. On voyait, en effet, sous le périoste une masse sarcomateuse très-volumineuse au-dessous de laquelle existaient des stalactites osseuses en grande quantité ; du côté du canal médullaire, au contraire, l'os présentait une raréfaction notable.

Ces altérations ont été très nettement indiquées par Rindfleisch et par MM. Cornil et Ranvier ; elles prouvent que la présence d'un ostéo-sarcome n'est nullement incompatible avec le développement d'un tissu osseux de nouvelle formation. Nous pouvons donc en déduire ce fait que ces auteurs ont d'ailleurs également démontré et qui ressort clairement de la présentation de M. Cuffer, c'est que dans les cas de fractures produites au niveau d'un ostéo-sarcome, on peut observer un travail réel de consolidation. On voit, en effet, se produire alors au dépens du tissu sarcomateux des flois de cartilage qui n'aboutissent pas, il est vrai, à former un cal solide, mais qui semblent indiquer que la fracture agit sur le tissu morbide dans le même sens qu'une fracture simple sur le tissu conjonctif circonvoisin.

---



*Séance du 23 octobre.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**31, Sur les ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur ; par G. MARCANO, interne des hôpitaux (1).**

On a l'habitude de diviser les ulcères des jambes en ceux qui tiennent à une cause locale, et ceux qui sont produits par une cause générale. Cette classification, malgré sa grande simplicité, présente de nombreux inconvénients.

En premier lieu, elle n'est pas exacte, car il n'est nullement démontré qu'une cause locale ou traumatique puisse produire à elle seule le travail ulcérateur. D'un autre côté, la physiologie pathologique des ulcères n'étant pas assez connue, dans beaucoup de cas il est difficile d'attribuer à ceux-ci une étiologie certaine. Il est vrai qu'en clinique, on est porté à rattacher cette maladie si singulière, au point de vue pathogénique, au traumatisme, lorsque le malade y a été soumis, mais il n'en est pas moins vrai, que cette explication si satisfaisante en apparence, demande elle-même à être expliquée. Comment une cause aussi fugace peut-elle produire une des maladies les plus rebelles, ou si cela est possible, quel est le processus qui la détermine ? Pour cacher cette connaissance insuffisante des choses, on a créé le mot *ulcère simple* (Lassus), désignation que Boyer a définie en la remplaçant par celle de : ulcère entretenu par une cause locale.

La netteté apparente de cette classification a établi une confusion regrettable qu'il est urgent de faire disparaître. On s'étonne, en effet, de voir certains auteurs modernes décrire parmi les ulcères simples, ceux qui sont entretenus par une cause interne non diathésique. La confusion devient encore plus grande, quand on voit d'autres pathologistes élargir le cadre de l'ulcère simple jusqu'au point d'y faire entrer des états complètement étrangers au processus ulcérateur, comme l'ont fait Boyer et Rust, le premier en y comprenant les solutions de continuité entretenues par un corps étranger, et le second, les plaies recouvertes de bourgeons charnus.

Après tout cela, il nous est difficile de considérer l'ulcère

---

(1) Note lue pour obtenir le titre de membre titulaire de la Société anatomique.

simple, autrement que comme une expression consacrée par l'usage, mais dont la rigueur scientifique est loin d'être établie, et pour ne point cacher le fond de notre pensée, nous avouons ne voir dans cette dénomination qu'un procédé commode pour exprimer que la cause de l'ulcère nous est complètement inconnue.

Ayant eu l'occasion d'observer, depuis quelque temps, un certain nombre de malades atteints d'ulcères des jambes, nous avons surtout cherché à en étudier l'étiologie. De cette étude, nous avons retiré la conviction que certains ulcères dits simples peuvent être rattachés à des causes éloignées de différentes natures, mais dont la plus fréquente est un trouble de la circulation.

Nous ne parlerons pas des ulcères entretenus par les lésions veineuses, dont le type est l'ulcère variqueux.

Les anciens décrivaient cette lésion comme un ulcère simple compliqué de varices. Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de tout cela, et quoique certains pathologistes disent encore que les varices peuvent être ou une cause ou une complication de l'ulcère, pour notre compte, nous ne leur avons vu jouer que le premier de ces deux rôles.

Quoi qu'il en soit, l'influence des troubles de la circulation veineuse dans la production des ulcères bien établie, on peut se demander si une altération de l'organe central de la circulation n'est pas capable de produire le même effet. C'est ce dernier fait que nous cherchons à établir.

Un premier cas, suivi d'autopsie, nous ayant montré qu'une affection du cœur pouvait tenir sous sa dépendance un ulcère de la jambe, notre attention fut éveillée sur ce point. Un second fait, avec une nouvelle autopsie, confirma quelque temps après cette importante étiologie, et enfin, de nouvelles observations sont venues nous montrer que ces faits présentent une certaine fréquence, et que peut-être ils deviendront plus communs à mesure qu'on les recherchera. Nous nous contentons de donner ici nos deux premières observations, comme étant les seules contrôlées par l'étude anatomo-pathologique.

**OBSERVATION I. — *Ulcère de jambe; — Maladie du cœur; — Mort; — Autopsie.*** — P... Charretier, âgé de 51 ans, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 32 (service de M. VERNEUIL), le 22 juillet 1869. — Homme très-robuste ayant toujours joui d'une bonne santé. Il est atteint d'un vaste ulcère de la jambe droite. Cet ulcère, le premier que le malade ait eu, est tellement large, que le chirurgien qui le soignait avait proposé l'amputation de la jambe, proposition qui ne fut pas acceptée par le malade. L'ulcère présente les dimensions

suivantes : 17 centimètres de droite à gauche ; 9 cent. de haut en bas, et 15 de haut en bas dans le plus grand diamètre. Le début de la maladie remonte au mois de janvier 1869, et le malade l'attribue à un coup qu'il aurait reçu deux mois auparavant. Ce coup ne laissa aucune trace après lui, et rien n'indique qu'il ait déterminé l'apparition de l'ulcère. Pas de varices apparentes. L'ulcération, petite à son début, marcha très-rapidement, et en 7 mois, elle acquit le maximum d'étendue qui est celle que l'on constate à l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant ce temps, il avait continué son travail qui était très-pénible. Pas de syphilis, ni aucune diathèse antérieure. Repos absolu. L'ulcère est enveloppé d'un carré de baubruche, qui le recouvre complètement et on exerce par-dessus une légère compression au moyen d'une bande.

D'un autre côté, ce malade avait remarqué, quatre mois avant l'apparition de son ulcère, que ses pieds étaient enflés le soir, ce dont il s'apercevait, en ôtant ses chaussures. Sa respiration était en même temps très-courte, et souvent il était obligé de suspendre son travail pour reprendre haleine ; enfin, au mois de décembre 1868, il éprouva de fortes palpitations de cœur.

A son entrée à l'hôpital, le cœur présente un bruit de souffle à la pointe, dont le maximum est au premier temps. Le pouls est athéromateux. La jambe droite est œdématisée ; la gauche aussi, mais beaucoup moins. — L'ulcère occupe la partie inférieure de la face interne de la jambe, il a une forme rectangulaire, assez régulière, excepté à son côté interne, où il présente une languette qui remonte vers la partie supérieure du mollet. L'affection cardiaque ne présentant aucune indication à remplir, on n'institue contre elle aucun traitement.

L'ulcère diminuait à vue d'œil, et il bourgeonnait avec tant de force, qu'on fut obligé de le cautériser tous les jours. En un mois, il avait diminué d'un tiers. Pansement par occlusion. — Le 6 octobre, le malade se plaint d'une forte douleur dans l'aîne. Il s'était développé une angioleucite de peu d'importance. Pansement à l'alcool.

9 octobre. — Oppression, dyspnée, insomnie. — A la percussion du poumon, on trouve de la submatité aux deux bases, et à l'auscultation, des râles sous-crépitaux ; pas de souffle. Voix normale, ainsi que les vibrations thoraciques. — Ipéca, 2 gr.

10 octobre. — Même état. — L'ulcère devient blafard et cesse de bourgeonner. — Extrait de belladone 0 gr.05 — 12. L'état général est meilleur. — Autour de l'ulcère, on constate une poussée d'eczéma. Suppuration très-liquide et fétide. L'œdème augmente dans la jambe affectée.

13. — L'oppression est beaucoup plus considérable. Le malade est très-pâle et ses traits sont sensiblement altérés. Quintes de toux. Expectoration difficile. Le poumon présente les mêmes signes qu'auparavant, mais plus accentués. — Foie normal. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine. — Nuit tranquille.

14. — A 8 heures du matin, le malade a le délire ; il saute de son lit et se jette à terre ; quelques minutes après, il devint tranquille et on lui changeait sa chemise, quand tout d'un coup il tomba mort dans les bras de la religieuse, étonnée de cet accident inattendu.

AUTOPSIE faite 27 heures après la mort. — *Jambe*. Œdème considérable. Ulcère blafard, à bourgeons charnus, pâles et flasques. 2 verres environ de liquide dans le péritoine ; sérosité citrine. — Liquide roussâtre dans le péricarde.

*Cœur* hypertrophié excentriquement ; son volume est double du volume normal. 2 plaques grisâtres de la grandeur d'une pièce de 5 francs sur le péricarde ; ce sont des fausses membranes très-adhérentes aux parois du cœur dont on ne peut les détacher. — Insuffisances mitrale et aortique. Endocardite valvulaire récente. — Fausses membranes pleurales anciennes ; entre les adhérences, on trouve des loges remplies par des pseudo-membranes récentes. Entre les feuillets interlobaires, on trouve de la sérosité citrine.

Les poumons, très-gros, portent l'empreinte des côtes. A la coupe, ils laissent suinter une sérosité roussâtre. Ils sont très-congestionnés et présentent par places des noyaux apoplectiques très-résistants à la pression du doigt. Emphysème. — Les bronches sont remplies de mucosités.

*Foie* muscade ; — volume normal. La *rate* est très-dure et ratatinée. A la surface, elle présente des taches grisâtres du diamètre d'une lentille.

Le volume des reins est normal. — Leurs parenchymes sont très-adhérents aux capsules ; on ne peut enlever celles-ci qu'avec des morceaux de la substance rénale déchirée. — Ils sont très-injectés. — Leur surface est bosselée et ils présentent les lésions de la maladie de Bright au 3<sup>e</sup> degré. — Rien à noter au cerveau.

OBSERVATION II. — *Ulcères de la jambe ; — Rétrécissement mitral*. — Dubuisson, 71 ans. Individu robuste et bien portant. N'a jamais eu de maladie antérieure ni de diathèse. En avril 1842 il commença à éprouver dans les jambes de l'en-gourdissement, de l'œdème, et des douleurs beaucoup plus intenses du côté droit. Le malade se mit au lit, et malgré le repos, vingt jours après, la peau de la jambe était très-amin-cie, rouge et douloureuse ; ce qui ne tarda pas à se terminer

par une ulcération. — Dubuisson n'avait pas reçu de coup.

Comme symptômes généraux, il n'éprouvait à ce moment qu'un peu d'oppression lorsqu'il faisait un travail pénible, ou qu'il montait les escaliers. Son ulcère fut traité à l'hôpital Necker, au moyen de bains et de pansements par occlusion, et était guéri au bout d'un mois. Quelque temps après, le malade s'étant livré au travail, vit son ulcère recommencer, en même temps qu'un ulcère nouveau se déclara à la jambe gauche. Cette fois, il entra à l'hôpital Saint-Louis où il fut soumis au même traitement que la première fois. — Nouvelle guérison. Les ulcères recommencèrent à deux reprises, jusqu'en 1866, époque à laquelle ils réapparurent pour ne plus disparaître.

Le 27 septembre, il entre à l'infirmerie des Ménages. (Service de M. Ch. Bernard). Les jambes sont très-œdématisées, et très-douloureuses. Le malade présente de l'anasarque. — 4 ulcères, deux à la jambe droite et deux à la gauche, dont le plus étendu siège à la face interne de la jambe gauche. — Bords très-irréguliers se confondant insensiblement avec la peau ; aux alentours des plaies, il y a une hypertrophie papillaire très-prononcée et à différents degrés. Au milieu des surfaces ulcérées, on voit des îlots de peau saine se continuant avec la peau de la jambe par des ponts de la même nature. Étouffement considérable. Le malade n'accuse pas d'autre symptôme de maladie du cœur. — Celui-ci présente à l'auscultation des battements très-irréguliers. — Bruit de souffle double à la base et dont le maximum se fait entendre au premier temps.

Pouls. mitral. — Pas de congestion hépatique, ni pulmonaire, ni rénale. Sommeil impossible. — En même temps les ulcères deviennent pâles, blafards, et laissent couler une sérosité saigneuse et fétide. — Le 4 octobre, l'étouffement augmente et le malade est pris de délire. Il meurt le 5.

AUTOPSIE 39 heures après la mort. — *Jambe*. Muscles entièrement graisseux ; ostéite du tibia et du péroné avec production d'ostéophytes qui relient les deux os entre eux.

*Poitrins*. — Emphysème pulmonaire. Dilatation des sinus aortiques. — Épaississement de la valvule mitrale, laquelle présente un rétrécissement. Cette lésion est ancienne. — Adhérences de la dure-mère aux os du crâne.

Ces deux observations, nous montrent le rapport qui peut exister entre les lésions du cœur et les ulcères des jambes.

Chez le premier malade, où l'on pourrait faire jouer un rôle étiologique au traumatisme que le malade prétend avoir éprouvé, on voit une liaison intime entre l'affection cardiaque et l'ulcère. Le traumatisme du reste, s'il a existé, n'a produit

un ulcère que parce que la circulation était déjà atteinte. L'évolution du second ulcère est spontanée et nous semble être sous la dépendance directe de l'organe central de la circulation. — Remarquons, en outre, que l'œdème chez nos deux malades a été le premier phénomène qui ait précédé l'ulcère.

Ces deux observations que nous pourrions accompagner d'autres (que nous omettons parce qu'elles ne constituent pas de preuves anatomo-pathologiques), nous ont conduit aux résultats suivants :

1° Les affections du cœur prédisposent aux ulcères des jambes ; elles peuvent aussi les produire.

2° Ces ulcères que l'on pourrait appeler cardiopathiques, présentent un certain degré de fréquence ;

3° Nous n'avons saisi aucun rapport entre l'ulcération et les symptômes éprouvés par le cœur. Les affections cardiaques ne semblent jouer leur rôle étiologique que par l'œdème permanent qu'elles déterminent dans les jambes, puisque nous avons toujours vu l'œdème précéder l'ulcère.

**32. Sur un cas d'hémiplégie alterne.** *Extrait du rapport de M. HANOT sur la candidature de M. HENRIET, au titre de membre adjoint de la Société anatomique.*

J'appellerai tout spécialement l'attention de la société sur une présentation d'hémorrhagie protubérantielle avec hémiplégie alterne, faite dans la séance du 16 janvier 1874. Voici le texte de cette observation :

« X..., âgé de 68 ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine dans la nuit du 28 au 29 décembre. On l'avait trouvé dans sa chambre sans connaissance.

Ce matin, 29 décembre, cet homme est dans un état comateux presque complet, dont il est possible, néanmoins, de le tirer par de fortes excitations. — Sa face n'est pas déviée, il bégaye quelques mots incohérents ; pas de déviation de la langue, qu'il peut tirer hors de la bouche : pas de paralysie du voile du palais.

Quand on soulève les membres droits, ils retombent flasques. Les membres gauches ne présentent qu'un affaiblissement en rapport avec l'état général du malade. Enfin on remarque que, si on lui ordonne de fermer les yeux, il ne peut accomplir cet acte que de l'œil droit ; l'œil gauche reste aux trois quarts ouvert. Les pupilles paraissent normales, et les muscles de la face ne semblent point paralysés. Le soir même, une seconde attaque d'apoplexie, survenue sans préludes, paralyse les membres gauches, et le malade mourut dans la nuit.

**AUTOPSIE**, faite le 31 décembre. — La protubérance, sur une coupe antéro-postérieure, apparaît creusée d'une cavité anfractueuse, occupant à peu près son centre, s'étendant jusqu'à 3 millimètres environ du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule. Cette cavité peut être divisée en deux parties : l'une occupant la portion gauche de la protubérance, paraissant de date un peu plus ancienne (1<sup>re</sup> attaque) ; l'autre située à droite, encore remplie par un coagulum, du volume d'un gros pois, bien isolable, appendu à un petit filament d'apparence vasculaire.

En suivant ce filament, on voit très-nettement qu'il traverse la paroi protubérantielle, qui limite inférieurement le foyer, et aboutit au tronc basilaire. Il paraît appartenir à ces vaisseaux décrits par M. Duret comme vaisseaux médians protubérantiels. L'examen microscopique n'y a fait découvrir aucune trace d'anévrysme miliaire.

— A la suite de cette présentation, M. Carville fit observer que l'excitation du corps strié déterminait fréquemment des troubles dans les fonctions de l'orbiculaire des paupières du côté opposé. D'autres expérimentateurs (Hitzig et Ferrier) ont également obtenu des actions croisées sur ce muscle par l'excitation de certains centres périphériques du cerveau. — Mais le cas actuel diffère, à plusieurs points de vue, de ces expérimentations : en effet, la paralysie faciale était du côté même de la lésion ; en outre elle était restée limitée à l'orbiculaire.

M. Gubler, dans son remarquable mémoire sur l'hémiplégie alterne (1836), la donnait comme signe certain d'une lésion protubérantielle, interceptant d'une part l'action croisée du cerveau sur les membres, et atteignant d'autre part les fibres mêmes d'origine du nerf facial, de manière à en déterminer directement la paralysie.

Le cas rapporté par M. Henriet rentre évidemment dans cette catégorie de faits, et l'anatomie de la protubérance nous en donne la preuve, en même temps qu'elle nous explique comment la paralysie faciale a pu rester limitée à la sphère de l'orbiculaire.

On a longtemps décrit au nerf facial un seul noyau d'origine, situé à peu près sur les limites respectives du bulbe et de la protubérance ; selon Clarck et Stilling, (et leur opinion a été vérifiée et confirmée par d'autres anatomistes), il existe deux noyaux d'origine : l'un inférieur, bulbaire, fournissant les filets qui animent les parties inférieures de la face, ainsi que la langue et le voile du palais (noyau facial inférieur de Clarke), l'autre supérieur, protubérantiel, voisin des noyaux des nerfs moteurs de l'œil, et d'où émaneraient les filets destinés aux parties supérieures de la face et en particulier

à l'orbiculaire des paupières (noyau facial supérieur de Clarke).

En outre, notre collègue M. Duret, dans un mémoire lu à la *Société de Biologie* en 1872, démontrait que chacun de ces deux noyaux recevait un vaisseau différent, issu, pour le supérieur des artères qu'il décrit sous le nom de médio-protuberantielles; pour l'inférieur, d'une branche de la spinale antérieure. — M. Duret, faisant l'application pathologique de ces faits, en tirait la déduction qu'un embolus passant dans la branche inférieure pouvait déterminer une paralysie labio-glosso-laryngée (le noyau hypoglosse étant également nourri par cette artère), sans altération de l'orbiculaire, que la paralysie pouvait au contraire être limitée aux parties supérieures de la face, si l'artère supérieure était seule oblitérée. A l'appui de cette conclusion, l'auteur citait un exemple typique de paralysie labio-glosso-laryngée avec intégrité de l'orbiculaire, à la suite de l'oblitération de la branche nourricière du noyau facial inférieur (cas de M. Luneau, *Société de biologie*, 1869); en rapport avec l'autre espèce de paralysie faciale, il ne pouvait citer qu'une seule observation rapportée par M. Joffroy : il s'agissait d'un malade chez qui la paralysie faciale débuta par des troubles limités à la paupière, avec strabisme : ce malade ayant guéri, le diagnostic de la lésion ne reçut pas de confirmation anatomique.

L'observation publiée par M. Henriet est donc peut-être le premier exemple bien net et bien caractéristique, cette paralysie isolée, en même temps qu'il vient confirmer les données anatomiques nouvellement fournies sur l'origine du nerf facial et la circulation bulbaire.

**33. Sur les varices œsophagiennes dans la cirrhose.** *Extrait du rapport sur la candidature de M. Fioupe, au titre de membre-adjoint de la Société anatomique, par le Dr ALEX. RENAULT.*

Messieurs, notre collègue M. Fioupe, nous a présenté récemment (1) l'histoire intéressante d'une malade du service de M. Siredey, qui, depuis longtemps atteinte d'un ictère chronique, avait eu, dans le courant de sa maladie, une série d'hématémèses dont quelques-unes assez abondantes. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une cirrhose, avec destruction presque complète des éléments du foie et dilatation considérable des canalicules biliaires. On reconnut de plus que les hématémèses étaient la conséquence de dilatations variqueuses con-

---

• (1) Voy. *Bull. Société anat.*, janv. et févr. 1874.



sidérables, qui siégeaient à la partie inférieure de l'œsophage, au voisinage du cardia.

Cette observation nous paraît très-importante à plusieurs titres.

En recherchant les cas analogues recueillis dans la science, M. Fioupe a trouvé un seul fait semblable rapporté par M. Fauvel dans les *Bulletins de la Société médicale d'observation*, 1837, 2<sup>e</sup> série. — Ces deux observations ont d'ailleurs inspiré à M. Audibert sa thèse inaugurale intitulée : *Des varices œsophagiennes dans les cirrheses du foie*. — (Paris, 1874). — Ce fait est non-seulement curieux au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomo-pathologique.

1<sup>o</sup> Cliniquement, il montre le diagnostic de la cirrhose obscurci et par la présence d'un symptôme qu'il est extrêmement rare de rencontrer dans cette maladie (l'ictère généralisé), et par l'absence d'ascite et d'atrophie du foie. Plus tard, quand ces deux derniers symptômes ont pu être constatés, la persistance de l'ictère et le défaut d'un courant de dérivation par les veines abdominales ont de nouveau mis en doute l'existence de la cirrhose. — 2<sup>o</sup> Au point de vue anatomo-pathologique, ce fait mérite un intérêt spécial par la rareté des lésions qui ont été rencontrées et grâce auxquelles la marche anormale de la maladie a pu être expliquée.

La teinte vert-olive de tout le tissu hépatique et la dilatation des dernières ramifications biliaires démontrent manifestement un obstacle au cours de la bile et par suite une stase à laquelle se rattachait la persistance de l'ictère. Enfin, l'état variqueux des veines de l'œsophage peut expliquer l'apparition tardive de l'ascite et l'absence de dilatation des veines sous-cutanées abdominales. M. Gubler (thèse d'agrégation 1858), faisant allusion au cas de M. Fauvel, après avoir parlé des anastomoses de la circulation porte avec la grande circulation à la partie inférieure du tube digestif, s'exprime ainsi : « Une disposition analogue doit nécessairement exister sur une moindre échelle vers l'orifice cardiaque de l'estomac quoiqu'elle n'ait pas été l'objet d'une mention spéciale de la part des anatomistes. Là, en effet, comme à la fin du tube digestif, on trouve un terrain neutre sur lequel se rencontrent deux sortes de veines dont les unes se rendent par l'azygos et d'autres branches dans la grande circulation, tandis que les secondes aboutissent à la veine porte par la coronaire stomacique. »

L'hypothèse de M. Gubler nous paraît vérifiée par cette observation. Il est infiniment probable, en effet, que le courant de dérivation qui s'établit ordinairement par les veines portes accessoires, s'est opéré par les veines œsophagiennes, et ainsi

s'explique l'absence de dilatation des veines superficielles de l'abdomen.

**34. Hémorrhagie cérébrale localisée dans le noyau lenticulaire du corps strié, ayant déterminé une hémianesthésie du côté opposé; par M. PIERRET, interne des hôpitaux.**

La nommée Abel, âgée de 82 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. CHARCOT) le 23 octobre 1873. — D'après les renseignements recueillis dans son dortoir, cette femme n'avait aucune infirmité, elle allait et venait dans les cours et ne se plaignait en somme que d'une faiblesse dans les membres inférieurs. Cet état s'explique aisément par l'âge avancé de la malade.

Le matin même du jour où elle fut atteinte, Abel faisait son lit comme d'ordinaire, quand tout-à-coup, sans prodromes d'aucune sorte, elle fut atteinte de paralysie complète dans le côté gauche du corps et de la face. Il n'y eut pas de perte de connaissance ni de mouvements convulsifs dans les parties atteintes.

Entrée à l'infirmerie, la malade se présentait dans l'état suivant: — Intelligence complète; un peu d'excitation; déviation de la tête et des yeux à droite; pas de troubles pupillaires, mais léger nystagmus; toute la partie gauche de la face paralysée, à l'exception des muscles de l'œil et des paupières. — Paralysie également complète des membres supérieur et inférieur du côté gauche, sans rigidité. Mouvements réflexes un peu exagérés.

La sensibilité est abolie dans tous ses modes, à la jambe, au bras et à la face, mais les organes des sens paraissent intacts. La langue perçoit des saveurs, le voile du palais est excitable, ainsi que la narine gauche. — La vue et l'ouïe sont intactes, et la pupille réagit normalement, mais la conjonctive et la cornée sont insensibles. Pas de troubles vaso-moteurs apparents dans les membres paralysés.

Cœur, sain; artères légèrement athéromateuses. A l'auscultation des poumons, on constate en arrière, du côté gauche et à la partie supérieure du bord spinal de l'omoplate, un souffle assez net. La percussion fait reconnaître à ce niveau une matité non douteuse. — Urines claires, ne contenant ni sucre ni albumine. Pas de commencement d'eschare. T. R. 36°,8.

23 octobre, matin. — Même état pour l'intelligence. La paralysie motrice persiste avec les mêmes caractères, il semble cependant que la malade produise dans le bras quelques faibles mouvements.

L'anesthésie persiste aussi, mais à un degré peut-être un

peu moindre. Ainsi, lorsque l'on pince violemment la peau de certaines régions, la malade sent quelque chose, mais il lui est impossible de dire en quel lieu s'est faite l'excitation. Souvent même elle la rapporte soit à la base du cou, soit en un point symétrique du membre opposé. T. R. 37°, 8. — *Soir.* T. R. 38°, 4.

24 octobre, matin. — Intelligence saine, mais prostration sensible. Même état des membres et de la face. Râles muqueux dans toute la poitrine, sous-crépitaux fins dans la fosse sus-épineuse gauche. T. R. 39°, 2. — *Soir.* Aggravation de tous les symptômes, mais conservation de l'intelligence. T. R. 39°, 6. — La nuit se passe sans accidents, et la malade meurt le matin, en pleine possession de son intelligence. T. R. au moment de la mort, 40°. — Une heure après, 39°, 8.

AUTOPSIE. — *Cœur.* Petit, un peu mince, sans altérations valvulaires; la partie inférieure de la crosse de l'aorte est seulement un peu dilatée. L'aorte elle-même présente un faible degré d'athérome.

*Poumons.* Le poumon droit est sain. Le poumon gauche est induré à gauche et en arrière, et à la coupe présente un aspect marbré et lobulé, caractéristique de la pneumonie lobulaire. La plèvre est entièrement couverte de fausses membranes molles et qui se décollent facilement.

*Foie, sain. Vésicule biliaire,* oblitérée et renfermant un petit calcul. — *Reins* et vessie sans altérations. — *Estomac* contenant de petites ecchymoses. — *Crâne.* Pas d'ecchymoses sur l'aponévrose épicroténienne. Rien à la surface des hémisphères. L'hémisphère droit pèse 530 gr., soit 45 gr. de plus que l'hémisphère gauche. En faisant une coupe dans l'hémisphère droit, juste en arrière de la couche optique, on reconnaît qu'une hémorragie existe en dehors de la couche optique, et par conséquent dans la région occupée par les fibres sensibles de l'expansion pédonculaire. — D'autres coupes font voir que le foyer hémorragique présente le volume d'un œuf de pigeon et occupe tout le noyau intra-ventriculaire du corps strié ainsi que la capsule interne. — La capsule interne n'est altérée que dans la partie postérieure; partout ailleurs elle est évidemment comprimée. — La couche optique est saine ainsi que le noyau caudé.

M. CHARCOT. Cette observation est un très-bel exemple d'hémorragie légère, localisée au noyau extra-ventriculaire du corps strié, et n'intéressant que les parties postérieures du centre opto-strié. La netteté des phénomènes cliniques, mise en regard de la localisation des lésions anatomiques, équi-

vaut à une démonstration expérimentale. Je ferai remarquer également, avec M. Pierret, qu'un léger épanchement peut déterminer un abaissement considérable de la température, et que dans ce cas, le pronostic est toujours fort grave, même quand les symptômes généraux ne semblent pas très-accusés. Ainsi, chez cette femme, il n'y avait pas de coma ni de perte de connaissance, néanmoins l'abaissement du thermomètre fit considérer son état comme fort grave. Ce signe a autant de valeur que les eschares précoces du siège.

---

*Séance du 30 octobre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**35. Sarcome du testicule généralisé aux poumons, sans récidive locale de la tumeur; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.**

Le nommé S..., âgé de 40 ans, imprimeur, était entré le 17 février 1874, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur du testicule droit que M. Després reconnut être de mauvaise nature et pour laquelle la castration fut pratiquée le 7 mars. Il n'y eut aucun incident pendant la durée de la réparation de la plaie et la cicatrisation était complète le 27 avril. La tumeur, examinée au microscope, avait présenté les caractères du sarcome à cellules dites embryoplastiques.

30 *Juillet*. Cet homme entra de nouveau à Cochin pour des douleurs siégeant dans le côté droit de l'abdomen et si violentes qu'elles empêchaient tout travail. La palpation ne faisant découvrir aucune tumeur, on espéra n'avoir affaire qu'à une névralgie lombo-abdominale, comme on en voit des exemples après la castration.

Le 6 août, on signalait la sortie du malade dont la guérison était presque complète. Il ne persistait plus qu'une légère douleur au niveau du cordon. Mais le 11, il entra de nouveau pour ses douleurs, qui étaient revenues plus violentes et l'empêchaient de se redresser. La pression, douloureuse dans presque tout le flanc droit, l'était surtout au niveau du cordon, vers le milieu de la crête iliaque et sur le côté des ver-

lèvres lombaires. On ne sentait pas plus que la première fois de tumeur abdominale.

Le 23 août les douleurs passent du côté gauche que l'on badigeonne à la tainture d'iode. — Cependant le malade tousse un peu, rend quelques crachats spumeux, striés de sang ; mais l'auscultation et la percussion ne donnent rien de notable, et on lui accorde sa sortie le 21 septembre sans qu'il y ait grande amélioration.

15 Octobre. Il se présente à la consultation dans un état de maigreur extrême, presque anhéant, et recourbé sur lui-même. Il dit qu'après 15 jours de bonne santé, il lui est survenu à l'épigastre une douleur avec étouffement et que la toux, qui s'était passée après sa sortie, l'a repris de nouveau avec des crachements de sang. Il n'a plus de douleurs dans les flancs, pas de tumeur abdominale, offre une grande perte d'appétit, avec digestions longues et accompagnées de renvois acides, mais sans vomissements.

La percussion donne de la matité dans tout le tiers moyen du poumon gauche ; on constate dans la même étendue une grande faiblesse du murmure vésiculaire et dans le reste des poumons quelques râles muqueux et sibilants disséminés. Il n'y a pas eu de crachats depuis son entrée à l'hôpital. M. Després pense que le malade a une généralisation cancéreuse des poumons, se fondant surtout sur l'antécédent de sarcome du testicule et la rapidité de l'apparition des accidents de suffocation.

16. On perçoit des râles muqueux fins dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Au sommet droit et en avant existent des frottements pleuraux, rudes.

17. Crachats assez visqueux, non aérés, mais ne contenant pas de sang. On ne trouve aucune modification à l'auscultation dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche ; mais, au sommet et en arrière, on perçoit des craquements fins. Du côté droit, râles sibilants au sommet en arrière, et craquements très-fins, très-secs, à l'inspiration en avant. Expiration normale ; pas de renflement de la voix.

19. Il survient un point très-douloureux à la base du côté droit. Pas de matité. Frottements secs. On applique huit ventouses.

21. Le point de côté existe maintenant au sommet droit et en avant. On y perçoit aussi des frottements très-prononcés. Le malade rend de nouveau des crachats spumeux et mêlés à une petite quantité de sang.

24. Il se plaint surtout, avec son étouffement, de ne pouvoir boire que par petites gorgées qui ne satisfont que très-peu la soif intense qu'il éprouve. Son état de faiblesse ne permet pas

d'explorer l'œsophage à l'aide du cathétérisme. La mort arrive le 25.

**AUTOPSIE.** — Les *poumons* sont littéralement farcis de noyaux cancéreux, d'apparence encéphaloïde, très-variables de volume. Il n'y a d'adhérences pleurales qu'aux deux sommets surtout du côté gauche, qui adhère aussi au diaphragme par un point très-restreint. La coupe de ces noyaux montre leur état variable de maturité. La plupart offrent à leur centre un ramollissement déjà étendu sous forme de bouillie jaunâtre pour les uns, et jaune rosée pour les autres, mais aucun ne se vide encore dans les bronches. Le poids des deux poumons s'élève à 3,855 grammes. On voit aussi les ganglions bronchiques indurés, et quelques-uns d'entre eux situés en avant de l'œsophage le compriment manifestement. L'examen microscopique des *tumeurs* du parenchyme pulmonaire, montre qu'elles doivent être rattachées au sarcome nucléaire.

Quant aux organes génitaux, le reste du cordon paraît sain, mais à partir de l'embouchure de l'artère spermatique, on voit un chapelet formé par les ganglions lombaires indurés et cancéreux comprimant la racine des nerfs du plexus lombaire. Ceux du mésentère commencent eux-mêmes à subir la dégénérescence.

On voit par cette autopsie que les douleurs névralgiques du début étaient dues à la compression des nerfs par les ganglions lombaires qui étaient très-durs mais n'avaient pas acquis un volume assez considérable pour qu'on pût les sentir à travers la paroi abdominale. M. Després a ainsi diagnostiqué sans hésitation l'altération cancéreuse du poumon, mais si on n'avait eu auparavant le malade dans le service pour un sarcome du testicule, les difficultés auraient été grandes; on ne remarquait, en effet, ni gonflement ganglionnaire, ni tumeur au niveau des parois thoraciques, ni différence de forme des deux côtés de la poitrine. — La douleur, très-vive, il est vrai, était très-mobile au lieu de présenter cette fixité qu'on a signalées dans plusieurs observations et on s'explique bien ici cette mobilité puisque les deux poumons étaient altérés et pouvaient tour à tour devenir le siège des douleurs.

Enfin il n'y eut aucune expectoration caractéristique, comparable comme on l'a décrit, à de la gelée de groseille, et il n'y a pas lieu de s'en étonner parce qu'aucun foyer cancéreux ne communiquait avec les bronches.

**M. LONGUET.** Le fait de M. Després offre une certaine analogie, au point de vue des accidents thoraciques, avec un cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Gallard. Un malade entre à l'hôpital avec tous les signes

d'une broncho-pneumonie à marche aiguë : il meurt quelques jours après et l'on trouve un sarcome du testicule méconnu qui s'était généralisé aux poumons. Comme dans la pièce actuelle, il avait l'aspect de l'encéphaloïde.

M. MALASSEZ. M. Després semble admettre que le sarcome du testicule a pu se transformer en cancer encéphaloïde. Le mot encéphaloïde est vague, car il n'indique qu'une apparence macroscopique, sans spécifier la nature de la tumeur, qui peut être aussi bien un sarcome qu'un carcinome.

M. OLLIVIER. Je demanderai à M. le présentateur si la douleur thoracique a été fort intense chez son malade. Il n'est pas rare d'observer, dans ces cas de généralisation de tumeurs, de véritables névrites cancéreuses qui donnent lieu à des douleurs intercostales intolérables. L'envahissement de la plèvre par des noyaux cancéreux se traduit aussi fréquemment par l'apparition d'une pleurésie, qui peut fournir ainsi de précieuses indications sur la nature de tumeurs restées jusque là douteuse. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu une malade qui avait dans l'abdomen des tumeurs que l'on croyait de nature fibreuse. Une pleurésie se déclara, qui nécessita une ponction : le liquide retiré était hémorrhagique. On fut ainsi conduit à diagnostiquer la nature cancéreuse des tumeurs abdominales, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

M. CHARCOT. La tumeur du testicule a été reconnue être un sarcome : elle s'est généralisée de préférence au poumon, c'est-à-dire probablement par la voie des veines. Ce mode de propagation paraît être plus spécial au sarcome qu'au carcinome.

**37. Phthisie aiguë; Symptômes typhoïdes; Lésions simultanées de tuberculose et de dothiénentérie; par E. BARIÉ.**

Le 20 septembre 1874, un jeune homme de 20 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET).— Le malade nous dit avoir eu une pleurésie à droite, il y a 9 mois; depuis ce temps il tousse un peu, mais malgré cela il a pu travailler encore jusqu'à présent, sa santé ne s'étant pas autrement altérée. Jamais d'hémoptysie. Depuis 4 jours, il a un léger point douloureux à droite, et la toux a un peu augmenté; c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

Le pouls est un peu fréquent, à 80; la langue est blanche, la peau un peu chaude. La percussion nous dénote une matité presque complète, dans toute la hauteur du *poumon droit* en

arrière ; et nous trouvons à l'auscultation, absence du murmure vésiculaire, et un point sous l'aisselle où l'on entend distinctement du *souffle doux* et quelques frottements. Au sommet, l'expiration prolongée est inégale, saccadée. En avant, sous la clavicule, mêmes signes. Du côté gauche, rien de particulier, si ce n'est de la faiblesse du murmure vésiculaire dans tout le poumon. Rien au cœur. Large vésicatoire à droite et en arrière. — Le lendemain le malade est mieux, il dit qu'il respire à l'aise, et demande à manger. Il a toujours un peu de fièvre. Pouls 90.

22 septembre. Le malade n'a pas dormi, il a eu du délire, a quitté son lit ; le matin à la visite, nous le trouvons couché dans ses matières. Il a uriné sous lui, sans s'en apercevoir. Pouls 120. Langue sèche. Ventre ballonné, douloureux à la pression. Pas de taches. Diarrhée. Aucun signe nouveau du côté du poumon. 1 verre d'eau de Sedlitz ; potion extrait quina.

24. Très-agité pendant la nuit, le malade parle sans cesse entre ses dents ; faciès typhique ; maigreur, yeux excavés, fuliginosités noires sur la langue et les lèvres. Ventre ballonné, douloureux ; diarrhée. Pouls dicrote. Le souffle a disparu au poumon droit. Mêmes signes au sommet. Peu de toux.

25. Pouls 120. Adynamie profonde ; le malade se plaint d'avoir d'affreux cauchemars. Epistaxis pendant la nuit. En arrière au sommet gauche, on trouve un peu d'expiration soufflante. Le soir, pouls 132. Peau brûlante.

27. Le malade est très-agité, il rend quelques crachats sanglants. La toux est peu fréquente. Dyspnée. Ventre moins ballonné. Plus de diarrhée.

28. Prostration profonde. Pouls 132. Langue sèche, noire, fendillée. Diarrhée. — 29. Beaucoup de délire cette nuit. Mort à 7 heures du matin.

AUTOPSIE. — Les deux *poumons*, mais surtout le droit, sont enveloppés d'une coque pseudo-membraneuse de 4 millimètres d'épaisseur ; pas de liquide. Ces fausses membranes sont parsemées de quelques petits grains de mil, grisâtres. Les *deux poumons* sont *farcis* dans toute leur hauteur et dans toute leur masse, d'un nombre considérable, de petites granulations miliaires, grises, dures et résistantes. Au sommet du poumon droit, leur masse est tellement confluyente, que le tissu pulmonaire semble avoir disparu en entier. — Le *cœur* n'offre rien de particulier.

Le *foie* est volumineux, il est très-congestionné. Pas d'autres altérations. La *rate* est énorme, molle, noire, diffluente. Aucune trace de granulations miliaires. — *Reins* très-congestion-



nés. Pas de granulations. — *Cerveau* complètement sain.

Après avoir enlevé le diaphragme, on voit que le *péritoine* est absolument *parsemé* dans presque toute son étendue, de petites granulations tuberculeuses. L'*intestin grêle* et le *gros intestin*, dans toute leur longueur, en sont infiltrés sur leur tunique séreuse. Les *ganglions mésentériques* volumineux sont remplis d'une matière grisâtre, caséo-plâtreuse.

En incisant l'*intestin grêle* nous trouvons dans ses dernières portions un grand nombre d'ulcérations ; celles-ci, dont quelques-unes ont la largeur d'une pièce de un franc, sont profondes, à bords taillés à pic ; leur fond granuleux est grisâtre, ou légèrement teinté en brun par les matières fécales ; — la muqueuse qui les sépare est fortement congestionnée. Outre ces ulcérations, on remarque trois ou quatre *plaques de Peyer dures, saillantes, granuleuses, gaufrées*, teintées de jaune ; l'une d'elles forme une masse infiltrée de trois centimètres de long. Nous avons dit que la tunique péritonéale de l'intestin était farcie de petites granulations miliaires ; nous ajouterons qu'au niveau des plaques de Peyer, ces petites masses tuberculeuses forment sur la séreuse un véritable semis ; il en est de même au niveau des ulcérations. Dans le *gros intestin* on trouve également quelques plaques saillantes, mais ces lésions sont beaucoup moins marquées que dans l'intestin grêle. Les *muscles* sont rouges et extrêmement poisseux.

RÉFLEXIONS. — Résumant l'histoire de ce malade, nous voyons un jeune homme de 20 ans, qui a eu une pleurésie il y a 9 mois, et tousse un peu depuis cette époque. Malgré cela, sa santé est bonne, et il est ramené à l'hôpital par une poussée inflammatoire dans son ancien foyer pleurétique. L'état général est bon, le malade veut se lever et demande à manger.

Puis subitement, le surlendemain de son entrée, il présente de graves symptômes : délire, incontinence d'urine, ballonnement du ventre, diarrhée, fièvre intense, épistaxis, pouls dicrote. Ces symptômes s'aggravent de jour en jour, la langue est sèche, noire, couverte de fuliginosités, la fièvre est toujours intense ; et, au bout de 9 jours de séjour à l'hôpital, le malade meurt, ayant accusé, dans les 7 derniers jours, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

L'autopsie nous montre deux séries de lésions : 1° Une tuberculose miliaire généralisée dans les poumons et dans le péritoine (Phthisie aiguë) ; 2° Un ensemble de lésions qu'on ne trouve que dans la dothiéntérie : tuméfaction énorme et ramollissement de la rate, tuméfaction des ganglions mésentériques, plaques gaufrées et ulcérations de l'intestin grêle, muscles poisseux, etc.

Faut-il conclure de ces faits qu'il s'agit ici d'une phthisie

aiguë et d'une fièvre typhoïde concomitante, suivant dans le même temps chacune leur évolution, sur le même sujet? On sait combien de pareils faits, s'ils existent, sont rares. D'un autre côté, doit-on regarder simplement la maladie comme une phthisie aiguë, avec symptômes typhoïdes, les ulcérations intestinales n'étant plus que des altérations tuberculeuses? D'après MM. Hérard et Cornil, l'ulcération tuberculeuse de l'intestin aurait les caractères suivants :

« L'aspect à l'œil nu de l'ulcère est caractéristique et facile  
 » à distinguer des autres ulcérations, et de celles de la fièvre  
 » typhoïde. Les bords, en effet, sont festonnés, saillants; cha-  
 » cune des granulations tuberculeuses qui s'y trouvent, pro-  
 » duit un relief isolé; de plus, le fond de l'ulcère est par-  
 » semé, le plus souvent, des mêmes nodosités tuberculeuses,  
 » et en le regardant du côté du péritoine, on voit toujours de  
 » petites granulations miliaires semi-transparentes sous la  
 » séreuse. »

Ailleurs, les mêmes auteurs déclarent que « ce qui distingue  
 » ces ulcérations (tuberculeuses) de celles de la fièvre ty-  
 » phoïde, c'est que sur les bords il existe toujours quelques  
 » follicules hypertrophiés et isolés, ou de véritables granula-  
 » tions tuberculeuses. »

Or, tel n'est pas l'aspect des ulcérations que nous trouvons chez notre malade : leurs bords sont nets, tranchants, ni le fond de l'ulcère, ni ses bords ne sont parsemés de granulations; enfin, s'il est vrai que la séreuse, à leur niveau, est infiltrée de tubercules miliaires, d'autres points de cette membrane, non contigus aux ulcérations, sont également farcis de ces nodosités. Ajoutons enfin, que si l'on voulait absolument considérer ces ulcérations comme tuberculeuses, il n'en est pas moins vrai que d'autres organes (rate, ganglions du mésentère, muscles striés), présentent les altérations typiques de la dothiënenterie. Sans vouloir rien conclure, nous nous contenterons de signaler, comme extrêmement intéressant, ce fait qui sera complété d'ailleurs par un examen microscopique ultérieur.

M. COYNE fait remarquer que la fièvre continue et la tuberculose ne s'excluent pas absolument, et que les ulcérations intestinales sont tout-à-fait celles que l'on rencontre chez les typhiques. Si, à ce niveau, les granulations tuberculeuses du péritoine sont plus confluentes, cela tient à ce qu'elles se développent de préférence sur un terrain préparé par des irritations antérieures

**38. Phlegmon de la fosse iliaque; Caries multiples; Tuberculose miliaire aiguë; Symptômes de dysenterie;** par le Dr A. SOCKEEL, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Le nommé Ber... âgé de 22 ans, soldat au 117<sup>e</sup> de ligne, entre le 28 juillet 1874 à l'hôpital militaire de Noailles (Versailles), (service de M. POTIER-DUPLESSY, médecin principal).—Ce malade, d'une constitution peu robuste, ressent depuis quelques jours une douleur très-vive dans le flanc droit. Il a de l'anorexie, la langue est recouverte d'un enduit jaune-verdâtre, épais. Le ventre est ballonné; la palpation du côté droit de l'abdomen est très-douloureuse. B... accuse une constipation opiniâtre. — La fièvre est intense. — La poitrine, examinée avec soin, ne révèle aucune lésion des poumons ni de la plèvre. — Purgatif salin et 8 ventouses scarifiées sur la région douloureuse.

29. — Peu de modification; cependant un peu moins de douleur, le ballonnement est plus prononcé qu'hier. Nouvelle purgation. — 30. — La douleur reparait aussi forte que le jour de l'entrée. 15 sangsues.

31. — Langue toujours sale, ballonnement fort prononcé. La palpation de l'abdomen est très-douloureuse. Purgatifs, cataplasme sur le ventre.

4 août. — La douleur est encore aussi vive. On commence à sentir de l'empatement dans le flanc droit; vésicatoire à ce niveau. — 10. — L'empatement fait des progrès. Les explorations sont toujours très-difficiles à cause de la douleur.

12. — La rénitence étant de plus en plus manifeste dans le flanc droit, on fait à quatre centimètres au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une ponction capillaire avec l'appareil de M. Potain. On retire de la sorte un litre et demi de pus bien lié, de couleur chocolat, et d'une odeur stercorale des plus marquées.

18. — Nouvelle ponction qui amène encore la sortie de 500 grammes de liquide de même nature.

19. — Malgré les ponctions répétées, on commence à sentir de la fluctuation sous l'arcade crurale. Œdème de toute la partie qui correspond à la loge du psoas iliaque.

20. — L'œdème est plus prononcé qu'hier, la peau est rouge, la fluctuation devient plus manifeste.

21. — On fait une incision à 1 centimètre au-dessous de l'arcade crurale, et à 3 ou 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il s'écoule en grande abondance un liquide analogue à celui qui fut retiré précédemment par les ponctions faites au-dessus du ligament de Fallop-

pe. — 22. Œdème considérable de la partie supérieure et antérieure de la cuisse. Cette région est rouge et très-douloureuse; on donne au membre une position déciue, en relevant le genou au moyen d'un double plan incliné.

22. — Fluctuation manifeste au niveau du grand trochanter; incision de la peau, il s'écoule un pus sanieux mêlé de détritux de tissu cellulaire gangréné. — On passe un drain par l'une et l'autre ouverture.

Du 23 au 26. — Il s'élimine par la contr'ouverture une quantité considérable de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, en même temps que, par l'orifice supérieur, il continue de s'écouler un pus fétide, analogue à celui des premiers jours.

27. — Le pus auquel donne passage la première incision est jaune verdâtre, épais. Il est moins abondant. — La fièvre qui n'a point cessé depuis le début, présente depuis quelques jours des exacerbations très-marquées le soir. De plus, malgré les toniques, administrés presque dès les premiers jours, le malade s'affaiblit, et maigrit rapidement.

L'anorexie persiste. Il tousse, mais les quintes de toux n'amènent point d'expectoration. La sonorité est plutôt exagérée. On entend dans toute la partie antérieure du thorax de gros râles sous-crépitaux. — Dès lors la nature de la complication thoracique ne saurait laisser aucun doute. Il s'est fait en même temps au sacrum une eschare large comme une pièce de deux francs.

30. — Tout le tissu cellulaire de la partie supérieure de la cuisse, atteint par la mortification, s'est éliminé. La peau a repris des adhérences dans toute l'étendue du décollement. Les plaies sont rosées, bourgeonnantes. On retire le drain.

2 septembre. — Le pus qui s'écoule par la plaie supérieure est de nouveau fétide, couleur café au lait, il est abondant. — Un stylet, introduit par cet orifice, passe sous l'arcade crurale et pénètre dans une cavité dont il est impossible d'apprécier les dimensions. Ces recherches d'ailleurs sont faites avec la plus grande réserve, une exploration plus prolongée pouvant n'être pas sans dangers.

6. — Le pus est de nouveau jaune verdâtre. La plaie faite au niveau du grand trochanter est cicatrisée, il en est de même de celle du sacrum. La fièvre néanmoins persiste, malgré des doses réitérées de sulfate de quinine, malgré les toniques.

10. — De nombreux dysentériques sont entrés à l'hôpital depuis quelques jours. Notre malade contracte lui-même cette maladie. Il perd par les selles une quantité assez considérable de sang; les selles sont fréquentes, accompagnées de ténesme. Le facies est profondément altéré. — Le pus que fournit la plaie de la cuisse reprend la coloration brune signalée

plus haut. Le matin, surtout, il sort en assez grande abondance des détritns organiques, noirâtres, mêlés à du pus sanieuz et fétide. — 12. La dysenterie persiste; on trouve toujours une notable quantité de sang dans les garde-robes qui sont très-fréquentes.

15. — Les selles, de plus en plus fréquentes, sont aujourd'hui tout-à-fait involontaires. Elles consistent en un liquide séro-sanguinolent, mêlé aux grumeaux décrits sous le nom de « lavure de chair. » La fièvre est modérée, mais le malade continue à tousser. Il est oppressé et couvert de sueurs froides, surtout vers le soir. Cet état persiste parfois à la visite du matin. — 18. Le pus qui s'écoule sous l'arcade crurale reprend une teinte plus claire, gris verdâtre, et sort en abondance, lorsqu'on exerce une forte pression, en embrassant avec la main les dernières fausses côtes. — 20. Plus de sang dans les garde-robes. La suppuration est un peu moins abondante.

21. — Le malade fait remarquer que, lorsqu'on exerce une forte pression au-dessous des fausses côtes, on détermine des selles involontaires, en même temps que du pus s'échappe par la plaie de la cuisse. Les matières qui s'écoulent par l'anus ont toute l'apparence et l'odeur du pus de la plaie crurale.

23. — Même état. Les pressions renouvelées plusieurs fois par jour font toujours sortir du pus, à la fois, par la plaie et par l'anus. — 24. Le pus qui s'écoule par la plaie est brun foncé, et contient de nouveau des grumeaux, tandis que celui qui sort par l'anus est jaune-verdâtre.

26, *au matin*. — Plus de pus par l'anus. La pression sur le flanc droit amène, par la plaie, du sang pur en assez grande abondance. Le soir ce n'est plus du sang qui s'écoule, mais un liquide transparent et de coloration rosée.

28. — Toujours même sérosité, peu abondante. La dysenterie persiste toujours, les selles sont liquides, très-fréquentes. L'ingestion de la plus petite quantité de boissons, provoque aussitôt un écoulement séreux par l'anus. Les lavements simples ou astringents sont rendus immédiatement.

1<sup>er</sup> octobre. — La plaie de la cuisse livre passage de nouveau à un liquide séro-purulent très-abondant. Le malade s'affaiblit de plus en plus; il est presque réduit à l'état de squelette. La seule nourriture qu'il puisse supporter consiste en du bouillon et des œufs. Il a depuis quelques jours de l'œdème localisé aux mains et aux pieds dont le volume contraste avec la maigreur du reste des membres. Cependant il n'a plus de fièvre. Parfois, on le trouve couvert de sueurs, mais en même temps, il est froid, ses membres sont glacés, et il a conscience de ce refroidissement général. Il continue à tousser, mais ce dont il se plaint surtout, c'est de l'oppression qui ne le quitte pas; il a une

sensation d'anxiété précordiale continuelle. Les efforts de toux amènent à peine quelques crachats muqueux qu'il expectore avec la plus grande difficulté.

A partir de ce moment jusqu'à sa mort, point de changements notables. La pression sur le rebord costal fait couler, chaque fois qu'on l'exerce, d'abord de la sérosité jaunâtre, puis un mélange de pus et de sérosité, enfin du pus franc. Parfois il se mêle à ce liquide quelques grumeaux noirâtres, et il prend alors une odeur fétide des plus marquées. — La diarrhée est continuelle et ne cède à aucun des moyens thérapeutiques dirigés contre elle. Enfin, notre malade meurt le 20 octobre dans un état de consommation très-avancé. — L'intelligence était restée intacte jusqu'à la fin.

AUTOPSIE. — L'*abdomen* est ouvert par le côté gauche. Les parois sont fort amincies, les muscles qui les composent sont pâles, couleur feuille morte.

La cavité abdominale contient environ un litre et demi de sérosité jaunâtre, d'aspect louche, mais sans trace de fausses membranes. Les circonvolutions intestinales n'adhèrent entre elles en aucun point. Le calibre de l'intestin grêle est diminué, la paroi est très-transparente. Les *ganglions*, compris entre les deux feuillets du mésentère, sont volumineux et ramollis. De plus, on trouve sur les deux feuillets de ce repli du péritoine, une quantité notable de petites granulations dures, les unes grises, les autres jaunes. Ces granulations disparaissent presque partout au point où le mésentère se dédouble pour envelopper l'intestin grêle. — On n'en trouve nulle part sur la face convexe de cette portion du tube digestif.

Le *gros intestin* est volumineux, gonflé par des gaz depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque. Les faces latérales du cœcum adhèrent intimement au péritoine de la fosse iliaque. On ne voit point de granulations tuberculeuses sur le cœcum ni sur le colon transverse, mais à partir de l'S iliaque la paroi intestinale en présente en grand nombre. Ces granulations sont confluentes au niveau du petit bassin et y occupent non-seulement la paroi intestinale, mais le péritoine qui tapisse toute la cavité pelvienne. En détachant le péritoine au niveau de la fosse iliaque droite, on arrive dans une vaste cavité, située en arrière du cœcum et remplie d'un pus sanieux et fétide.

*Description de la cavité.* La paroi antérieure est formée de bas en haut par la face postérieure du cœcum et le péritoine pariétal notablement épaissi, par la face postérieure du rein (dont la loge cellulo-adipéuse est complètement résorbée); enfin, tout-à-fait en haut, par le bord postérieur du foie, dans une étendue de trois à quatre centimètres. La face postérieure est constituée par le muscle iliaque, par le carré des lombes,

et tout-à-fait en haut, par les insertions du diaphragme aux fausses côtes. Le fascia iliaïa et l'aponévrose antérieure du carré des lombes ont été détruits par l'inflammation, de sorte que les fibres musculaires sont à nu, noirâtres, tomenteuses, ramollies. Le cul-de-sac supérieur de la cavité est limité par des fausses membranes qui font adhérer le péritoine pariétal au feuillet qui tapisse le bord postérieur du foie.

En bas, la cavité purulente se termine en un diverticulum qui passe sous l'arcade crurale, immédiatement en dehors du muscle psoas et qui aboutit à l'ouverture signalée dans le cours de l'observation et qui se trouve à un centimètre au-dessous du ligament de Fallope et à trois centimètres en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les bords latéraux de la poche sont formés : 1° l'interne, par la face latérale droite du corps des vertèbres lombaires et plus bas par la gouttière constituée par l'union du psoas à l'iliaque ; 2° le bord externe, par l'union du péritoine et de la paroi abdominale, au niveau d'une ligne verticale qui passerait en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ainsi constituée, la cavité purulente offre en longueur, c'est-à-dire de haut en bas, dix-huit à vingt centimètres, et en largeur ou transversalement dix à douze centimètres.

Le muscle psoas, qui limite la poche en dedans et en bas, n'est pas resté intact au milieu de ce travail plegmasique, les fibres antérieures seules sont conservées, mais pâles et anémiées. Les fibres postérieures ont été détruites par la suppuration, de sorte qu'en soulevant ce qui reste de ce faisceau musculaire, on arrive à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre lombaire. Cette apophyse, l'extrémité postérieure et interne de la crête iliaque, dans une étendue de quatre centimètres, et la dernière fausse côte, au niveau de sa partie moyenne, sont le siège d'une carie superficielle. Les *nerfs génito-crural et fémoro-cutané* sont à nu dans la poche, qu'ils traversent de part en part, appliqués sur la paroi postérieure. Avant d'enlever l'intestin, nous lions le colon transverse à sa partie moyenne et nous faisons une injection du côté du cœcum pour constater s'il y a une perforation de la paroi. Quelque pression que nous ayons exercée, aucune goutte de liquide ne s'est échappée au dehors. Il n'y a point de lésions apparentes de la muqueuse de l'intestin grêle, pas plus que de celle du cœcum et du colon ascendant. Au niveau de la partie moyenne de l'arc du colon la muqueuse est sphacélée, ulcérée et présentant un fond noirâtre, mamelonné. — Cette plaie : présente les lésions types de la dysenterie aiguë. — Rien au colon descendant, mais l'S iliaque et le rectum présentent des lésions analogues, plus marquées même. La mu-

queuse est déchiquetée dans toute l'étendue. La paroi, en plusieurs points, est excessivement mince. De plus, on trouve de nombreuses ecchymoses dans l'épaisseur des tuniques de cette portion de l'intestin. — Remarquons en passant que ce point correspond, aux granulations confluentes que nous ayons signalées plus haut.

Le foie est gros, dur, il se laisse difficilement déchirer et présente à la coupe l'aspect du foie muscade. Il n'y a point d'altération de l'organe au point où il était en contact avec la cavité purulente. — Point de traces d'inflammation ni de pus dans les veines intrahépatiques. — On trouve de nombreuses granulations sur la surface convexe. — Les reins sont petits, sans épaississement de leur capsule; ils sont très-durs et difficiles à déchirer. — A la coupe, la substance corticale tranche par sa couleur pâle sur la substance médullaire. Il n'y a point toutefois de dégénérescence amyloïde de ces organes, point de coloration bleue par la teinture d'iode. — La rate est normale comme volume, mais elle présente de nombreux infarctus, dont l'un surtout est volumineux et occupe toute l'épaisseur du bord antérieur et pénètre profondément dans l'intérieur. En outre, on trouve tant sur la capsule qu'à l'intérieur de nombreuses granulations tuberculeuses.

Le péricarde renferme 150 à 200 gr. de sérosité. — Point de lésion des orifices du cœur qui est mou, flasque et un peu pâle. — La plèvre du côté droit contient environ un litre de sérosité, dans laquelle nagent quelques fausses membranes. De plus, le poumon est fort adhérent au diaphragme. Le sommet est également difficile à détacher. Le feuillet pariétal de la plèvre présente de nombreuses granulations tuberculeuses. — Du côté gauche, point de liquide, mais adhérence intime du poumon à la plèvre pariétale, dans presque toute l'étendue. Ce poumon est fort difficile à détacher. La coupe des poumons les montre envahis par une grande quantité de granulations, du volume d'un grain de millet à un grain de chènevis, les unes grises, les autres jaunes. En outre, le poumon droit présente au niveau de la racine des bronches quelques points bien limités de pneumonie caséuse. En deux ou trois points, il y a des éliminations de la masse caséuse et formation de petites cavernes. — Point de granulations des méninges, point d'altération du cerveau.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante sous plusieurs rapports que nous passerons en revue.

A. Quel fut, en effet, le point de départ des désordres observés dans la fosse iliaque? L'étiologie de l'affection qui a emporté notre malade est tout au moins fort obscure. Nous ne croyons pas, quant à nous, et c'est bien aussi l'avis de M. Po-



tier-Duplessy, qu'il faille attribuer aux lésions osseuses trouvées à l'autopsie l'inflammation aiguë qui a envahi en si peu de temps toute la fosse iliaque. Les caries observées sont probablement consécutives à la présence prolongée du pus dans cette région. En effet : 1<sup>o</sup> notre malade ne présentait lors de son entrée à l'hôpital aucun symptôme d'ostéite; — 2<sup>o</sup> (et surtout) comment comprendre que trois points encore voisins l'un de l'autre soient devenus simultanément malades, chez un sujet qui présentait lors de son incorporation, encore toute récente, un état général assez satisfaisant pour le faire admettre dans l'armée active. On nous dira peut-être que si les trois caries ne sont point primitives, l'une d'elles peut avoir marqué le début, les autres étant dues, comme nous le pensons, à la présence du pus dans cette région. Mais cette objection ne nous paraît pas acceptable. Nous ferons remarquer, en effet, que les points malades sont tous placés à la partie déclive (le malade était constamment couché sur le dos, parce qu'il étouffait lorsqu'il essayait de se coucher de côté), que c'est précisément la crête iliaque, c'est-à-dire le point le plus déclive, où l'altération est le plus marquée; qu'enfin, nous ne retrouvons pas dans l'histoire de notre malade la marche ordinaire des désordres produits par les altérations osseuses chroniques primitives. 3<sup>o</sup> D'ailleurs, la marche même qu'a suivie la collection purulente nous fournit un argument sérieux pour rejeter cette étiologie. Le pus, en effet, semble bien s'être formé d'abord dans le tissu cellulaire, compris entre le péritoine et le fascia iliaca. C'est au-dessus de l'arcade crurale que ce liquide était situé lors des ponctions qui furent faites d'abord. Ce n'est que consécutivement, lorsque le travail inflammatoire eut envahi et détruit le fascia iliaca, que le pus pénétrant dans la loge iliaque vint apparaître sous le ligament de Fallope et déterminer, à la partie supérieure de la cuisse, l'inflammation aiguë qui rendit nécessaire l'incision pratiquée en ce point.

Nous nous croyons autorisé à regarder les lésions osseuses comme consécutives. Reste à trouver une cause au phlegmon que nous avons décrit. Cette cause, à vrai dire, nous échappe. Nous pensons toutefois qu'il s'est agi, au début, d'une péritiphlite dont la constipation antérieure pourrait bien expliquer le développement. Nous n'avons trouvé ni du côté de la muqueuse du cœcum, ni du côté de l'appendice iléo-cœcal, aucune lésion qui puisse nous mettre sur la trace de la cause de ce travail inflammatoire.

Mais notre observation prête encore à d'autres remarques intéressantes, savoir : B. L'absence de symptômes de psoïtis (il n'y a jamais eu de rétraction du membre), quoique le psoas ait

été fortement endommagé, ainsi que l'autopsie nous l'a démontré. — C. L'absence de douleurs dans la cuisse, alors que des nerfs sensitifs étaient à nu au milieu de la collection purulente. — D. La tuberculisation généralisée qui s'est développée dans le cours de la maladie. — E. La dysenterie que notre malade a contractée à l'hôpital (c'est le seul cas de ce genre que nous ayons observé). — F. La communication qui semble avoir existé quelques jours entre le foyer et le gros intestin, communication dont il ne nous a pas été possible de retrouver de traces à l'autopsie.

### **Élections.**

Ont été nommés après un tour de scrutin : *Membres titulaires de la Société* : MM. BOUILLY, COYNE et MARCANO. — *Membres adjoints* : MM. EXCHAQUET, LOREY, FIOUPE et LEMAISTRE.

*Le Secrétaire*, RENDU.



## NOVEMBRE 1874.

*Séance du 6 novembre 1874.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### **4. Mélano-sarcome du globe oculaire; par M. A. RÉMY, interne des hôpitaux.**

M. X..., âgé d'environ 50 ans, avait déjà eu dans un œil plusieurs attaques d'accidents qualifiés de glaucomateux. Dans l'été de 1874, M. Galezowski fut appelé auprès de ce malade repris des mêmes accidents. Ne pouvant éclairer le fond de l'œil par suite des troubles dans les milieux de l'œil, il ne fit que constater les signes suivants : injection des vaisseaux de la partie antérieure de l'œil malade avec larmolement ; l'iris était pâle, grisâtre, d'une teinte sale ; la cornée elle-même n'avait plus toute sa transparence, la pupille était déformée et dilatée, il y avait enfin des douleurs très-violentes au niveau de la tempe ; par suite de ces symptômes et aussi à cause du diagnostic porté avant lui, M. Galezowski se décida à pratiquer l'iridectomie. L'opération ne produisit pas tous les résultats qu'on en attendait, et 4 ou 5 mois environ après cette opération, on dut faire l'énucléation de l'œil. Les douleurs avaient recommencé plus vives qu'auparavant, l'injection de l'œil avait augmenté et dans 4 ou 5 points, on voyait sur la sclérotique de petites saillies noirâtres ; tout ceci portait à croire que les accidents glaucomateux présentés par le malade résultaient de la présence d'une tumeur intra-oculaire sur le point d'envahir et de traverser la sclérotique. A l'examen de l'œil, on trouva un énorme sarcome mélanique emplissant totalement la cavité du globe oculaire. Le nerf optique paraissait à peu près sain, sauf quelques points mélaniques, comme dans tous les cas de ce

genre. Ce fait peut être rapproché d'un autre cas de sarcome présenté par M. Rémy au mois de février dernier (page 128 des Bulletins).

## **2. Ossification de la choroïde; par M. A. Rémy.**

Les ossifications de la choroïde ne sont pas très-rares, à la suite des piqures, des contusions du globe oculaire. Il s'agit bien ici d'une ossification véritable et non d'une pétrification ou d'une dégénération calcaire simple; l'examen histologique a montré, en effet, la présence des ostéoplastes.

M. Pozzi a observé plusieurs cas analogues; l'ossification occupait la couche externe de la choroïde.

M. DESPRÉS a présenté une pièce du même genre su laquelle MM. Cornil et Ranvier avaient constaté l'existence d'ostéoplastes. Cette ossification siégeait dans la couche celluleuse de la choroïde.

## **3. Tumeur caverneuse de l'orbite; par M. Rémy, interne des hôpitaux.**

Au mois de mars 1874, on apporta à la clinique de M. GALEZOWSKI un enfant de 15 mois, atteint d'exophtalmie congénitale. Cette exophtalmie était due à la présence d'une tumeur située entre la paroi supérieure de l'orbite et le globe oculaire qu'elle repoussait en avant. Cette tumeur était très-facile à sentir en introduisant l'extrémité du doigt au-dessous de l'arcade orbitaire. Elle était molle fluctuante, et à travers les téguments très-minces en cet endroit, on sentait qu'elle était très-irrégulière à sa surface et comme bosselée. Cette tumeur était seulement réductible à la pression et aussitôt qu'on cessait la compression, elle revenait à son volume primitif. Elle pouvait avoir la grosseur d'une noix. La coloration de la peau qui recouvrait la tumeur était un peu plus foncée que celle des parties voisines.

On fit le diagnostic de tumeur caverneuse, l'opération fut faite le 3 mars. L'examen microscopique a montré que la masse de cette tumeur était uniquement composée de tissu conjonctif laissant libre dans son épaisseur d'énormes espaces caverneux remplis de sang.

## **4. Tumeur fibreuse intra-utérine; par M. A. Rémy, interne des hôpitaux.**

Gaillard, Louise, âgée de 32 ans, couturière, entre à l'hô-

pital Lariboisière, salle Ste-Jeanne, n° 2 (service de M. TILLAUX) pour une tumeur du bas-ventre, accompagnée de pertes utérines.

Cette femme, qui n'a jamais eu d'enfants, a, depuis cinq ou six ans, des pertes continuelles, et, selon son expression, elle est constamment dans le sang depuis deux ans. Elle accuse, dans le ventre et les reins, des douleurs revenant au moment des règles; souvent, à cette époque, elle est prise de vomissements. Elle prétend qu'au moment de ses époques, lorsque les douleurs surviennent, la tumeur sort à la vulve et fait une saillie qu'elle compare à une tête de fœtus. Mais il nous a été donné d'assister à une de ses époques menstruelles et la tumeur n'apparaissait nullement au dehors.

Le doigt, introduit dans le vagin, arrive sur une masse volumineuse qui descend presque à l'orifice vaginal. Cette masse est dure, rénitente. Lorsqu'on écarte fortement les grandes et les petites lèvres, on voit apparaître la tumeur qui a un aspect blanchâtre, légèrement rosé, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On ne peut arriver sur le col, utérin avec le doigt.

Le diagnostic porté fut *tumeur fibreuse sous-muqueuse*, développée dans la cavité utérine et faisant saillie dans le vagin. M. Tillaux se décida à l'opération, la tumeur fut attirée au dehors avec assez de peine et en déterminant une déchirure du périnée. On put alors sentir avec le doigt la lèvre postérieure du col; une chaîne d'écraseur fut passée et la tumeur sectionnée au niveau de son pédicule.

*Examen de la tumeur.* — Cette tumeur, pyriforme, a 22 centimètres de longueur et 33 centimètres de circonférence; au niveau de son pédicule, se trouve un morceau de la lèvre postérieure du col enlevé avec elle; — au-dessous, se trouve la surface de section; le reste de la tumeur a un aspect blanchâtre rappelant la muqueuse utérine; au niveau de la grosse extrémité, c'est-à-dire à la partie inférieure, se voient plusieurs points noirâtres ecchymosés, au niveau desquels la tumeur avait donné du sang pendant la vie.

A la coupe, elle offre tout-à-fait l'aspect des *tumeurs fibreuses*, et contient dans son intérieur des trabécules desquels sort de la sérosité. ce qui nous explique la formation des kystes que l'on rencontre si fréquemment dans cette variété de tumeur.

M. Tillaux pense que cette tumeur a pris naissance primitivement dans le corps de l'utérus et trouvant moins de résistance du côté du vagin que du côté de la cavité péritonéale, est venue définitivement se fixer sur la lèvre postérieure du col et à gauche.

**5. Mort subite dans un cas de fièvre typhoïde ; dégénérescence graisseuse du cœur ;** par M. DIANOUX, interne des hôpitaux.

Rica..., Nicolas, âgé de 27 ans, entre le 15 octobre 1874 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 18 (service de M. FAUVEL.) — Cet homme, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, dit être malade depuis plusieurs semaines, mais ce n'est que depuis six ou huit jours qu'il garde le lit. Il offre tous les symptômes habituels d'une fièvre continue dans le premier septenaire : céphalalgie, épistaxis, vertiges, insomnie, stupeur légère, diarrhée modérée, etc. A son entrée, il se plaint surtout d'une dyspnée extrême qui serait survenue depuis la veille ; de fait, la gêne respiratoire paraît considérable ; il y a plus de 60 respirations à la minute ; il existe une douleur vive au niveau des insertions du diaphragme.

L'examen du cœur et des poumons ne donne en rien l'explication de ces troubles. — 30 ventouses sèches sont appliquées à la base de la poitrine.

Le lendemain matin, la dyspnée a disparu : à partir de ce moment, on voit se dérouler la série habituelle de symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Des râles sibilants peu nombreux se font entendre dans les poumons ; la diarrhée persiste avec météorisme médiocre ; puis apparaissent des sudamina et des taches rosées en quantité moyenne. La surdité seule acquiert une grande intensité. Le malade n'a jamais eu de délire. La stupeur a toujours été très-modérée. Le pouls, assez plein, n'a jamais présenté une grande fréquence, il variait entre 80 et 92 pulsations ; la température oscillait régulièrement entre 39° et 40°.

Vers le 18<sup>e</sup> jour, survint une rémission marquée de la chaleur qui, le lendemain, ramenait le thermomètre à plus de 40°. — M. Fauvel prescrivit : Sulfate de quinine (2 paquets de 0.30 par jour.)

Le 21<sup>e</sup> jour de la maladie, la température au matin était de 37°. Les symptômes avaient subi un amendement notable, et le malade entraînait franchement en convalescence. A 2 heures de l'après-midi, il sommeillait depuis quelque temps, lorsque son voisin de lit le vit s'asseoir brusquement, la figure convulsive, pousser deux ou trois soupirs et retomber mort.

Cette mort inopinée surprit tous ceux qui avaient observé le malade. Rien ne pouvait la faire prévoir. Le malade n'avait pas cessé de s'alimenter autant que possible ; le pouls n'avait à aucun moment, présenté ni irrégularité, ni faiblesse, ni lenteur pouvant faire présager une telle fin.

A L'AUTOPSIE, on trouve les poumons sains, légèrement en-

gorgés à leur bord postérieur. L'artère pulmonaire, examinée avec soin, ne présente pas de caillots. Rien d'appréciable dans les centres nerveux.

La muqueuse intestinale, faiblement injectée, montre dans les dernières portions de l'iléon des plaques de Peyer cicatrisées; deux ou trois ulcérations en voie de réparation se voient encore vers le cœcum. Les ganglions mésentériques sont volumineux, mais simplement hypertrophiés. — Le foie est un peu gras et hypérémié; la rate de volume modéré.

Le péricarde, ouvert en place, ne contenait aucun liquide. La face antérieure du cœur présente un aspect jaunâtre uniforme, dû à une couche de tissu adipeux assez mince. Les cavités droites contiennent du sang de couleur un peu brunâtre et quelques caillots cruoriques sans signification. Les cavités gauches sont vides de sang. La coupe du cœur montre un aspect feuille morte, jaune pâle, de la fibre musculaire; le doigt déchire facilement les parois du cœur; les muscles valvulaires surtout offrent une friabilité excessive. — La dégénérescence graisseuse, manifeste à l'examen macroscopique, est confirmée par l'examen histologique. M. Liouville, qui a bien voulu faire cet examen, a constaté une dégénérescence graisseuse énorme, et de plus de nombreux foyers remplis de cristaux d'hématoidine, résidus de petites apoplexies capillaires.

**6. Calcul vésical; opération de lithotritie périnéale; mort d'infection purulente; lithiase rénale; par M. ORY, interne des hôpitaux.**

Millot, menuisier, âgé de 45 ans, vint au mois de septembre consulter M. TRÉLAT, au sujet de troubles de la miction. Le début des accidents remontait, selon lui, au mois de mars 1871, époque à laquelle, pour la première fois, il eut une hématurie abondante; alors seulement, il éprouva, du côté de la région lombaire, de violentes douleurs; puis, les urines devinrent plus abondantes, elles étaient en même temps plus épaisses, et laissaient un dépôt floconneux au fond des vases; plusieurs fois des graviers furent constatés. Malgré ces accidents, l'état général resta satisfaisant, et les forces commencent seulement à diminuer il y a six mois. Depuis lors, le malade a de fréquents besoins d'uriner, et il explique très-bien que souvent, il a vu le jet d'urine s'arrêter subitement, puis reprendre quelques instants après. Il accuse de la douleur à l'extrémité de la verge, un sentiment de pesanteur dans le petit bassin.

Le malade porte un hypospadias congénital, et l'orifice du méat, situé au-dessus du niveau de la couronne du gland, est

très-étroit et peu dilatable; aussi, M. Trélat éprouve-t-il quelque difficulté pour faire l'exploration de la vessie; l'introduction d'une sonde Béniqué (n° 27), après l'incision du méat, permet de constater le choc contre un calcul. La consistance, le volume du calcul sont difficilement appréciés, parce que la vessie du malade est très-irritable et ne peut contenir une injection d'eau. Cette exploration détermina un peu d'urétrite et une légère augmentation dans les dépôts floconneux des urines. On constate aussi une forte proportion d'albumine et du pus; les urines sont alcalines.

L'étroitesse du méat, tenant à l'hypospadias, la présence d'un rétrécissement valvulaire, à 2 centimètres de ce méat, la susceptibilité de la muqueuse urétrale, décident M. Trélat à conseiller au malade de se laisser pratiquer une lithotritie périnéale. L'opération est faite le 21 octobre, le malade étant anesthésié.

Rien à noter à ce moment: pas d'hémorrhagie, à peine de sang, pendant l'incision médiane; dilatation très-peu étendue et facile du col de la vessie; broiement rapide du calcul sans grand effort (car la pierre était peu résistante), lavages faits avec soin et curage attentif des débris et fragments du calcul. Rien, en un mot, ne pouvait alors faire présager les accidents qui se développèrent si rapidement à la suite de l'opération.

Le calcul peu résistant est ovoïde, il pèse environ 30 gr., le diamètre est d'environ 3 centimètres. Il présente une couche superficielle lisse, plus homogène, plus blanche, légèrement verdâtre, étalée en croûte d'environ 1 millimètre d'épaisseur, et une partie centrale d'aspect grenu, poreuse, d'un jaune rougeâtre briqueté, constituant le noyau du calcul. L'examen chimique a été pratiqué par MM. Foconneau et Sergent.

Le calcul contient: de l'acide urique et des urates de chaux en assez forte proportion; du phosphate de chaux en petite quantité; du phosphate ammoniaco-magnésien. Pas d'acide oxalique, pas d'oxalates ni de cystine.

21 octobre, soir. La température est de 40°, 8; le malade est un peu surexcité. On lui prescrit, pour la nuit, une potion avec: hydrate de chloral, 6 gr. D'ailleurs, l'urine s'est écoulée régulièrement en partie par le méat, en partie par l'incision périnéale. On a le soin de maintenir les cuisses demi-fléchies, les jambes fixées modérément.

22 octobre. La nuit a été bonne. T. 37°, 6. On retrouve autour de la plaie périnéale quelques débris de graviers. — Soir. T. 38° (5 heures). Léger frisson vers huit heures du soir, 36 heures environ après l'opération.

23 octobre. Sulfate de quinine 0,25 c. La plaie a bon aspect, pas de rougeur anormale, pas de gonflement doulou-



reux, la peau est fraîche. T. 37°, 5. Le malade a de l'appétit, il n'a pas de douleur. — *Soir*. T. 37°, 6. A 8 heures, second frisson, malgré le sulfate de quinine.

24 octobre. La langue est un peu sèche ; le malade a de l'inquiétude et du découragement. T. 38°, 8. 0,50 c. sulfate de quinine à 10 h. du matin, et 0,25 le soir. — *Soir*. Un peu de prostration. T. 37°, 4. — La nuit se passe sans accès de fièvre et sans frisson.

25 octobre. T. 37°, 4. — *Soir*. T. 37°, 6.

26 octobre. Au moment de la visite, le malade est pris d'un très-violent frisson, il accuse de la douleur dans les genoux. La peau est sèche, la langue rugueuse au doigt. T. 39°, 2. Le malade n'a pas mangé; pas de douleur dans les fosses iliaques ni dans la région hypogastrique. — *Soir*. T. 39°, 6.

Depuis lors, la température reste à 40°, 8, le matin et le soir du 27 octobre, ainsi que le 28 octobre au matin. La douleur dans les genoux s'accompagne de gonflement et d'un peu de rougeur; surdité.

28 oct., *soir*. T. 40°, 4. Somnolence, grande soif. Le malade n'urine guère depuis deux jours que par l'incision périnéale.

29 octobre. Délire, pâleur de la face. T. 39°, 6. On suspend le sulfate de quinine, on continue le vin de quinquina. — *Soir*. T. 40°; langue sèche, abattement; la nuit délire; le malade veut se lever. — Mort dans le coma le 30 octobre à 6 h. matin, le septième jour après l'opération.

AUTOPSIE. — On constate l'état d'intégrité parfaite du péritoine. Les poumons sont sains, le foie ne présente pas trace d'abcès. La rate, un peu hypertrophiée, est légèrement ramollie. — Le rein droit est volumineux, sa substance est fortement injectée.

Le rein gauche a conservé extérieurement un aspect normal, mais, au toucher, on remarque la présence de gros noyaux très-durs. Une coupe longitudinale fait reconnaître la présence de calculs ramifiés, comme des branches de corail; l'un d'eux, le plus gros, a près de 3 cent. de long et 1 cent. de diamètre; il se termine à son extrémité la plus rapprochée de la surface du rein par une sorte de houppe grenue, blanchâtre, semblant comme surajoutée à la masse du calcul, et qui est lisse et jaunâtre. Autour des prolongements de ce calcul, comme autour de ceux des autres plus petits que l'on rencontre en d'autres portions, le tissu rénal est altéré, il s'est formé des dilatactions kystiques, limitées par une substance d'aspect fibreux et résistant. Dans ces cavités, autour des calculs rameux, se trouve un peu d'urine mélangée de pus.

Les calculs rénaux sont constitués par du phosphate de chaux et surtout du phosphate ammoniaco-magnésien; pas

de cystine ni d'acide urique, ni d'urates. Dans les calices et le bassinnet, on ne trouve pas de graviers, mais du pus en petite quantité sort par la pression suivant la longueur de l'uretère.

La vessie est ouverte sur la ligne médiane de sa face antérieure. On note les lésions suivantes : la face interne de la vessie est d'un gris ardoisé, il y a des traces de cystite chronique peu intense ; au voisinage du col vésical, petit décollement de la muqueuse vésicale. Pas de foyers purulents autour du trigone vésical, non plus que dans les parois de la vessie, ni dans les tissus traversés par l'incision périnéale ; le bulbe, la prostate, sont à l'état physiologique. Il y a du pus en abondance dans les deux articulations des genoux. On n'en constate pas aux coudes, aux poignets, ni au cou-de-pieds.

RÉFLEXIONS. — Ce malade est mort d'infection purulente.

L'état du rein contre-indiquait évidemment l'opération, mais comment constater la présence certaine de ces calculs ramifiés et d'une pyélite, alors que l'état des urines alcalines ammoniacales, la présence du pus, l'hématurie, la fièvre légère décrite par le Dr Malherbe, peuvent, en l'absence de douleurs lombaires, être aussi bien attribués à l'irritation de la vessie par le calcul constaté durant l'exploration. De fait, la question n'est guère plus nette maintenant, dans de pareilles conditions, qu'elle ne l'était pour Cruveilhier en 1833. Les cas comme ceux de Nidart (1844), Legentil (1845), Liégeois (1854), etc. rapportés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, cas où il y a indolence lombaire coïncidant avec un travail morbide plus ou moins grave des reins et de la vessie, exposent le chirurgien le plus circonspect à un insuccès presque certain. Thompson, dans ses leçons au College Hospital, constate la même impuissance, il exprime le même désir de voir élucider ce point de diagnostic.

M. Trélat a résolu de tenter la lithotritie périnéale chez ce calculeux, parce que cet homme vigoureux commençait à souffrir sérieusement de sa vessie ; l'état du canal de l'urètre a été pour beaucoup dans le choix du mode opératoire.

La présence d'un hypospadias, suivant l'avis de M. Trélat, en déterminant une difficulté pour l'émission des urines, a dû jouer un grand rôle pour la production de la lithiase urinaire ; l'altération des urines a provoqué un état inflammatoire, que les calculs ont entretenu et exaspéré. D'où l'indication d'opérer les hypospadias, lorsque cette infirmité entrave la libre émission des urines.

Nous ferons enfin remarquer la différence de composition des calculs rénaux et du calcul vésical. Ce dernier était constitué surtout par de l'acide urique et des urates, tandis que

les calculs ramifiés, trouvés dans le rein gauche, ne contenaient pas d'acide urique ni d'urates, mais surtout du phosphate ammoniaco-magnésien et du phosphate de chaux.

M. Pozzi. Il est fâcheux que la température n'ait pas été prise avant l'opération. On sait, en effet, que l'on constate ordinairement dans les cas de pyélite, outre la douleur lombaire, une fièvre rémittente à exacerbations vespérales; cette fièvre est souvent peu intense, et peut passer inaperçue si l'on n'emploie pas le thermomètre.

**7. Phlegmon de l'aisselle; Thrombose de la veine axillaire; Mort subite;** par M. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Car... Henri, âgé de 33 ans, tourneur, entra le 30 octobre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 49.

Ce malade se présenta à la consultation avec un vaste phlegmon suppuré de l'aisselle gauche, consécutif à une bles-sure insignifiante du pouce, datant de douze jours environ. La collection fut incisée et les choses marchaient de la façon la plus normale vers la guérison, lorsque, le 3 novembre au soir, le malade, en rentrant du jardin, mourut subitement tandis qu'il causait avec un de ses voisins de lit.

A l'AUTOPSIE, on trouva que la veine axillaire qui passait au milieu du foyer purulent, contenait des caillots de formation déjà relativement ancienne. En outre, la veine une fois ouverte n'avait ni le même aspect ni la même consistance que celle du côté sain; elle était plus blanchâtre, et ses parois, épaissies, adhéraient au tissu cellulaire et aux ganglions enflammés voisins.

On supposa que cette thrombose était l'origine d'une embolie cardiaque ou pulmonaire, mais malgré une recherche attentive il ne fut pas possible de découvrir la cause de la mort subite. Le cœur et le cerveau étaient absolument sains. Les artères pulmonaires et leurs divisions ne contenaient aucun caillot embolique appréciable. Cependant les poumons présentaient quelques points de congestion intense, comme s'il s'était fait de petites embolies qui auraient échappé aux recherches.

**8. Carcinome fibreux du rachis, avec généralisation dans les poumons;** par M. ULLIAC, interne à l'hôpital de Saint-Denis.

Jacquet Célestine, âgée de 33 ans, entre le 21 mars 1874 à l'hôpital de Saint-Denis (service de M. CHARLES), au n° 3 de la salle Sainte-Marie.

Les antécédents de famille restent inconnus. Vers l'âge de 12 ans, la malade a eu la main droite prise dans une machine, ce qui a nécessité l'amputation du poignet : à part cet accident, elle s'est toujours très-bien portée jusqu'en 1872. A cette époque, étant en forêt occupée à ramasser du bois mort, une grosse branche d'arbre lui tomba sur les reins ; la douleur qui en fut la suite la contraignit de cesser son travail, et la tint clouée au lit pendant une dizaine de jours : elle ne se fit d'ailleurs donner aucun soin. Depuis ce temps, elle n'a jamais été bien portante, et a toujours conservé, tout en pouvant vaquer à ses occupations habituelles, une certaine gêne dans les mouvements du tronc. Il y a quelques semaines, sentant ses souffrances augmenter, elle alla à l'hôpital Cochin où elle aurait été traitée pour un lumbago.

La malade entre le 21 mars à l'hôpital de Saint-Denis. Elle se plaint de douleurs sourdes, siégeant au niveau de la partie supérieure de la région lombaire. Pendant la marche, qui est lente et pénible, elle se tient légèrement inclinée en avant, et évite de fléchir et d'étendre le tronc dans la crainte d'augmenter son mal. Elle ne tousse pas ; la percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal du côté de la poitrine. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de fièvre ; l'état général est bon, la malade ne paraît pas avoir beaucoup maigri. La douleur est regardée comme étant de nature rhumatismale et traitée en conséquence.

Au commencement du mois suivant, la douleur lombaire change de caractère : elle était sourde et continue, elle est maintenant assez vive et présente de temps à autre quelques exacerbations. De plus, la malade accuse des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes s'irradient dans les membres inférieurs ; elle peut encore se lever et marcher. Ces nouveaux phénomènes appellent l'attention du côté de la moelle épinière, et c'est alors qu'en explorant attentivement la colonne vertébrale, on s'aperçoit qu'il existe une légère saillie des apophyses épineuses à la partie inférieure de la région dorsale ; une pression modérée à ce niveau provoque de la douleur. On croit avoir affaire à un mal de Pott : on prescrit d'abord du carbonate et du phosphate de chaux, puis du sirop de lacto-phosphate de chaux ; on y ajoute des badigeonnages de teinture d'iode le long de la colonne vertébrale, suivis bientôt de l'application de deux cautères.

Au mois de mai, l'état général devient moins satisfaisant : l'appétit, il est vrai, est encore passable, mais la malade pâlit et perd de ses forces ; les douleurs augmentent de jour en jour ; la malade ne quitte plus le lit. Des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ramènent le sommeil en cal-

mant les douleurs; la constipation est combattue par des lavements et par de légers purgatifs; on cherche à relever les forces de la malade par quelques toniques.

Dans les derniers jours du mois de *mai*, surviennent plusieurs frissons qui semblent indiquer la formation de quelque collection purulente: du sulfate de quinine est ordonné; les frissons disparaissent. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Dans le mois de *juin*, les souffrances de plus en plus cruelles, ne laissent plus de répit à la malade, qui commence à se plaindre de picotements et de fourmillements dans les pieds et surtout dans les orteils. Les membres inférieurs deviennent le siège d'un engourdissement douloureux, ils refusent peu à peu de soutenir le poids du corps et finissent par devenir complètement inertes: la malade est paraplégique. Mais si les mouvements sont devenus impossibles, la douleur n'en subsiste pas moins; aux irradiations douloureuses et aux fourmillements se joignent de fausses sensations de chaud et de froid. De plus, la sensibilité tactile est abolie, du moins en partie, et les pieds de la malade peuvent se toucher sans qu'elle en ait conscience. L'extrait thébaïque à haute dose, les injections de morphine fréquemment répétées, ne luttent qu'imparfaitement contre les douleurs qui sont devenues véritablement atroces.

Dans le courant du mois de *juillet*, cet état ne fait que continuer en s'aggravant. De temps en temps, la malade tousse un peu. Quelques vomissements bilieux surviennent. L'appétit et le sommeil sont complètement perdus. Enfin apparaît la rétention d'urine, avec cystite purulente et des eschares au sacrum. De l'œdème se montre aux extrémités, la face se bouffit, et la malade finit par succomber dans le marasme le plus complet, le 12 août 1874.

L'AUTOPSIE démontre l'existence d'une affection organique du rachis et des poumons. On remarque, en effet, sur la face postérieure de la colonne vertébrale, à gauche des apophyses épineuses des 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> vertèbres dorsales, une masse cancéreuse qui se continue avec une autre masse de même nature, située sur le côté gauche du corps des 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> vertèbres dorsales; à gauche des apophyses épineuses des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres dorsales, existe un petit foyer purulent au fond duquel on peut sentir la lame dénudée de la 4<sup>e</sup> dorsale. Sur la face antérieure des corps vertébraux de la région dorsale, on trouve également plusieurs champignons semblables aux premiers; il y en a d'autres à l'intérieur du canal rachidien: un de ces derniers, situé au niveau de la 7<sup>e</sup> vertèbre dorsale, adhère à la fois à l'os et à la dure-mère qui est envahie.

La moelle ne paraît pas atteinte, du moins à l'œil nu ; les corps de plusieurs vertèbres sont non-seulement envahis par le mal, mais détruits en partie, et creusés de loges renfermant une matière ramollie ; le corps de la 10<sup>e</sup> vertèbre dorsale, en grande partie détruit, s'est affaissé sur lui-même.

La face postérieure de la 11<sup>e</sup> côte du côté gauche est recouverte, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, par la production morbide. On remarque en outre, à gauche des vertèbres dorsales, une vaste poche purulente ancienne, située entre les côtes et la plèvre, et dont le contenu est en partie résorbé.

Enfin, les deux poumons sont parsemés sur toute leur surface de petites masses cancéreuses très-nombreuses, d'un blanc un peu jaunâtre, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois ; on en trouve également à l'intérieur des poumons, mais en moins grand nombre. Rien du côté des seins.

La tumeur, partout où on la rencontre, présente une coloration blanchâtre, elle est d'une consistance assez dure et crie sous le scalpel, la coupe en est nette et un peu brillante.

L'examen microscopique a été fait par M. HANOT, interne des hôpitaux, à l'obligeance duquel nous devons la note suivante : « Le tissu de la tumeur est essentiellement caractérisé par d'épais faisceaux de tissu conjonctif, limitant des loges allongées dans le sens des faisceaux, et dont la largeur atteint à peine la moitié ou le tiers de la largeur de ces faisceaux. Ces loges sont comblées de grosses cellules de forme irrégulière, remplies de granulations, les unes obscures, les autres réfringentes. La tumeur est donc un carcinome fibreux. — Les parois des alvéoles pulmonaires présentent un assez grand nombre de nodules, assez régulièrement sphériques, composés, au centre comme à la périphérie, de gros noyaux. Ce sont évidemment des granulations cancéreuses. — Le tissu interlobulaire est épaissi, la cavité des alvéoles contient plus ou moins de cellules épithéliales tuméfiées et granuleuses. »

Nous croyons pouvoir conclure, de l'ensemble de notre observation, que la tumeur est un carcinome fibreux primitif du rachis, généralisé aux poumons. Quant au traumatisme résultant de la chute d'une branche d'arbre sur les reins, nous ne voudrions pas lui donner une trop grande importance : nous dirons cependant que, si on ne peut affirmer qu'il ait été la véritable cause de l'affection, on peut tout au moins penser qu'il a eu pour effet d'activer la marche de la maladie.

**9. Adénopathie bronchique cancéreuse ;** par M. H. DE BOYER, interne provisoire. (Dessin dans l'album de la Société).

Sapène Paul, âgé de 23 ans, employé de nouveautés, entre le 20 octobre 1874, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 51, (service de M. MOISSENET). Ce malade se plaint d'étouffer et accuse un affaiblissement marqué depuis plusieurs semaines. Etant employé en Bohême, il y a quelques mois, il aurait été forcé de suivre un traitement thermal contre une bronchite chronique. Ses parents sont morts, le père à un âge avancé, la mère d'accident. On ne retrouve dans sa famille aucun antécédent tuberculeux ou *cancéreux*.

*Antécédents.* — Jamais de maladies jusqu'à l'âge de 23 ans ; à cette époque, il contracta une blennorrhagie qui, mal soignée, dura près d'un an ; à la suite d'excès de table, il vit survenir un gonflement du testicule qu'il négligea encore, croyant à une orchite blennorrhagique ; cependant le testicule augmenta de volume, devint dur et bientôt fut le siège d'ulcérations ; le malade indique nettement que c'était *du pus* qui sortit par les fistules. Il fut alors à l'hôpital de la ville allemande où il résidait, et l'on jugea nécessaire la castration du testicule droit. Au bout de 15 jours de séjour à l'hôpital, la plaie était cicatrisée.

Depuis cette époque, le malade eut des accidents divers. Tout d'abord il ressentit des douleurs dans la région lombaire des deux côtés, se sentit comme courbaturé ; les urines étaient normales comme quantité et couleur ; mais il remarqua que ses jambes gonflaient un peu au niveau des malléoles, et étaient quelquefois le siège de douleurs névralgiques qu'il attribua au rhumatisme ; il souffrait en effet, beaucoup autour des genoux et dans les hanches. Il y a cinq mois, ces douleurs remontèrent, et il commença à être essoufflé après la marche ; il sentit en même temps une sorte de constriction du thorax ; il continua à attribuer ces douleurs au rhumatisme, et aujourd'hui encore il se plaint des genoux et des coudes. Il y a deux mois, l'amaigrissement se prononça beaucoup. et la faiblesse devint telle qu'il crut devoir revenir en France et se faire soigner dans son pays, d'où il est revenu à l'hôpital ; depuis 15 jours il a la voix éteinte et rauque.

*État actuel.* — Le malade est dans une cachexie profonde, il a la *pâleur* et la maigreur d'un phthisique avancé, il tousse, crache, se plaint surtout de ne pouvoir respirer ; le pouls est fréquent (116 à 120) et petit. Quant à la température, elle varie de 38° le matin, à 39°, 2, — 39°, — 38°, 6, le soir. Sueurs surtout

prononcées le soir ; on croit donc avoir affaire à un phthisique, et on attribue l'accident testiculaire à un testicule tuberculeux.

*Examen de la poitrine.* — Maigreur de la paroi thoracique, les creux sous et sus-claviculaires sont fort prononcés, sauf à gauche, où l'on remarque un *ganglion* dans le creux sus-claviculaire ; dur, non douloureux. il est survenu sans que le malade s'en soit aperçu, il affirme même ne jamais l'avoir vu avant que nous attirions son attention sur lui. Ce ganglion a le volume d'une noisette et est adhérent aux couches profondes. Un ou deux ganglions plus petits sont sentis sous le grand pectoral du côté gauche, et dans l'aisselle du même côté, on en trouve plus que dans l'aisselle du côté droit. Chaines ganglionnaires évidentes aux aînes, des deux côtés ; (Le malade nie avoir eu des chancres, du reste on n'en trouve pas de traces sur la verge). La respiration se fait difficilement.

A la *palpation*, on constate l'intégrité des vibrations thoraciques, également accentuées des deux côtés ; au niveau du manche du sternum, on constate *une sorte de frémissement*. Cette exploration est assez douloureuse ; on ne trouve du reste aucun point répondant aux 3 foyers de la névralgie intercostale ; la douleur est provoquée et semble siéger surtout sous les clavicules et vers les échancrures du sternum.

A la *percussion*, pas de matité bien nette sous les clavicules ; la sonorité existe, quoique assez faible, en tous les points de la poitrine, sauf en deux points où elle fait absolument défaut : 1° *au-delà du sternum* de chaque côté, dans une étendue d'au moins deux centimètres, la matité du sternum est de beaucoup augmentée, surtout celle du *manubrium* : on constate en ces points une dureté de son absolue, puis une zone de submatité relie cette matité absolue et la sonorité périphérique. La matité du cœur n'est pas augmentée, le cœur bat sous la 5° côte et présente une matité pyriforme à pointe oblique en bas et en dehors. — La matité du foie est un peu plus étendue que normalement, surtout à gauche. — La rate semble petite.

2° *Entre les deux omoplates*, dans la région inter-scapulaire, matité absolue, mais qu'on ne limite pas nettement sur les côtés, où les deux sommets pulmonaires présentent de la submatité, tandis que les bases jouissent d'une sonorité relative. — En arrière la matité du foie est considérable, elle remonte assez haut.

A l'*auscultation*, le murmure vésiculaire est conservé en bas et en arrière, mais aux sommets il est voilé par des bruits anormaux. En auscultant en avant et à droite, on est frappé



de la netteté avec laquelle on entend les bruits du cœur, et comme on croit percevoir un souffle, la première chose que nous faisons c'est de rechercher s'il n'y a pas un anévrysme. Nous ne trouvons aucun nouveau centre de battements, c'est une propagation simple des bruits du cœur; il y a donc induration des sommets du poumon et du médiastin. Les bruits du cœur sont normaux, sauf le 1<sup>er</sup> à la base, où l'on entend un bruit assez dur, et se propageant dans les vaisseaux du cou.

*On n'entend pas de signes de ramollissement du poumon*, pas de râles humides, sauf en un point très-limité du sommet droit, où il semble y avoir des craquements et un souffle profond. Il y a peu de retentissement de la voix, mais comme le malade parle très-bas on ne peut bien juger ce fait.

En deux points spéciaux, au niveau des 2<sup>es</sup> côtes de chaque côté, on perçoit un souffle dur et expiratoire, que M. Moissenet localise dans les grosses bronches; on n'entend bien nettement ce bruit qu'en ce point et au moyen du stéthoscope. Nous retrouvons ce souffle avec ses caractères de rudesse dans la région inter-scapulaire, absolument au niveau de la 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vertèbres dorsales.

On est frappé, ici comme en avant, de la localisation de ce bruit morbide qui se constate *seulement* au niveau de la bifurcation de la trachée.

La toux retentit énormément en ces points, et a un timbre tout spécial; elle est *aboyante* et rappelle celle de la coqueluche, étant comme celle-ci quinteuse, spasmodique et suivie d'une inspiration bruyante.

L'*expectoration* est assez abondante et composée de crachats un peu visqueux et striés de sang, ainsi que de crachats spumeux rejetés peu à la fois après chaque quinte.

À côté de ces signes qui font penser déjà à une compression bronchique, nous en avons d'autres très-rationnels. C'est ainsi que le malade a de la *dysphagie* et de l'*aphonie*; celle aphonie est survenue peu à peu et se manifeste par une raucité de la voix, qui est sourde, entrecoupée, caverneuse en quelque sorte. — L'examen laryngoscopique n'a pu être fait, mais le malade ne semble pas jamais avoir eu de laryngite et jouissait d'une voix forte il y a encore un mois. On ne constate pas de *cornage* ni de *tirage*; la respiration est fréquente et difficile.

Il n'y a pas d'œdème de la paroi thoracique, ni d'œdème de la face; seulement un peu d'œdème des jambes, et encore est-il limité aux malléoles.

*Diagnostic.* — Les symptômes observés montrent que l'on n'a pas affaire à un phthisique ordinaire, car : 1<sup>o</sup> le malade n'a

pas d'antécédents tuberculeux ; 2° il n'a pas de signes d'excavation des sommets, alors que son état général répond à la dernière période de la phthisie ; 3° il n'a jamais eu d'affections thoraciques, et n'a d'hémoptysies que depuis peu de temps ; 4° il présente évidemment des signes de compression des organes contenus dans le médiastin.

On est donc porté à croire à une altération des ganglions bronchiques, ayant marché plus vite que celle des poumons, ou à une *Phthisie bronchique*, de nature probablement tuberculeuse, à cause de l'âge du malade, à cause surtout de la manifestation spécifique et ancienne qui a nécessité l'ablation du testicule droit, *après son ulcération*. Ce diagnostic est confirmé par la *dysphagie* et par l'*asphyxie lente* du malade.

Il n'y a pas d'ascite, pas d'ictère, rien dans les urines si ce n'est un léger nuage albumineux.

Peu à peu le malade devint de plus en plus faible, jusqu'au 26 octobre ; on s'aperçut ce jour-là que les ganglions du creux sus-claviculaire gauche étaient engorgés encore plus ; le ganglion que nous y avons déjà signalé était augmenté de volume et plus superficiel ; quant à ceux de l'aisselle, ils étaient restés dans le même état.

Le 30 octobre, le malade était dans un état de faiblesse extrême, et on commença à noter un peu de *tirage* et du *cornage*, les ganglions étaient augmentés ; il y avait deux ou trois nouveaux ganglions dans le creux sus-claviculaire, et celui que nous y avons noté était devenu du volume d'une noix et très-adhérent à la clavicule. Des douleurs névralgiques se manifestèrent à gauche dans la paroi thoracique et dans le bras, mais elles étaient continues et n'avaient pas le caractère paroxystique de celles de l'angine de poitrine.

A l'auscultation, on crut alors découvrir au sommet du poumon droit des signes de tuberculose ; c'étaient des râles muqueux et une respiration caverneuse ; l'expectoration plus abondante était jaune et striée de sang : on crut donc pouvoir alors être tout à fait affirmatif, et l'idée de *leucocythémie*, soulevée un instant, fut rejetée entièrement, ainsi que celle d'*adénie* ; on crut à une *tuberculisation secondaire des ganglions bronchiques*.

Enfin le 2 novembre, le malade commençait à ne plus pouvoir respirer du tout. On constatait nettement le souffle bronchique et le cornage : ces signes étaient à leur summum à la visite du soir ; le malade mourait asphyxié avec toute sa connaissance, se disait *étranglé*, et réclamait une intervention malheureusement impossible. — La mort eut lieu à 8 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 4 novembre, 36 heures après la mort. Le

sujet est profondément émacié; léger œdème des deux jambes surtout prononcé à la partie inférieure. Cyanose des extrémités. A la percussion de la région thoracique, on retrouve les matités observées pendant la vie; le ventre est plat et en bateau.

A l'ouverture des grandes séreuses, pas de liquide ni d'adhérences: l'épiploon et le mésentère ont perdu toute leur graisse, il y a un léger tympanisme du gros intestin.

Rien au pharynx ni à la langue, non plus qu'au reste du canal alimentaire; seul l'œsophage est un peu comprimé entre plusieurs ganglions volumineux.

*Appareil urinaire* normal. Reins anémiés; le droit a subi un commencement de dilatation, car l'uretère de ce côté contient un magma cancéreux à la partie inférieure et est un peu dilaté. Il passe en effet à travers un groupe de ganglions dégénérés, qui occupe la région lombaire et la face antérieure des 4 dernières vertèbres lombaires, et englobe ainsi les bifurcations de l'aorte et de la veine-cave inférieure.

Les *poumons* sont libres d'adhérences, mais sont parsemés de *noyaux cancéreux* du volume d'une noisette au plus; ils occupent principalement le bord antérieur des deux poumons et causaient ainsi la matité toute particulière que nous avons signalée de chaque côté du sternum.

Aucune trace de pleurésie soit ancienne soit récente, sauf une adhérence assez solide et ancienne du sommet gauche; elle est striée de lymphatiques dégénérés qui semblent se rendre dans le *gros ganglion sus-claviculaire* sur lequel nous avons attiré l'attention.

Les bases des deux poumons sont criblées de ces noyaux; nous en comptons 153 rien qu'à la base droite; ils sont sous-pleuraux et séparés entre eux par des places blanchâtres bien manifestes surtout sous la plèvre médiastine. Ces traînées de lymphangite (?) cancéreuse sont visibles jusqu'aux ganglions du hile du poumon, où on les perd.

Aux sommets, surtout à gauche, on remarque un plus grand nombre de ces noyaux. A la coupe, on voit que certaines de ces masses sont très-ramollies et présentent l'aspect du ramollissement cérébral rouge; on a une pulpe grise et lie de vin due à la production de petites hémorragies dans la masse encéphaloïde. Certaines de ces productions sont séparées du tissu cellulaire par une mince couche comme gélatineuse, on ne voit pas de bronches s'ouvrir dans leur intérieur et les vaisseaux de moyen calibre ne sont pas oblitérés tout autour. La zone de tissu pulmonaire qui sert de charpente à ces nodules, *n'est pas indurée*; il y a plutôt de l'œdème, à la coupe un

liquide rosé et spumeux s'écoule en grande abondance. Pas de tubercules.

Les *ganglions bronchiques* auxquels se rendent les lymphatiques du poumon sont très-altérés. Nous retrouvons bien marqués les trois groupes signalés par M. Baréty, c'est-à-dire que la dégénérescence a atteint : 1° les deux groupes droit et gauche, situés en avant de la trachée ; — 2° un volumineux ganglion ou pour mieux dire une poche ganglionnaire kystique, occupe la bifurcation de la trachée et a un volume assez considérable (celui d'un œuf de pigeon), pour refouler l'aorte et l'œsophage ; — 3° les ganglions interbronchiques sont altérés aussi, c'est ce qu'on voit principalement du côté droit ; — 4° les deux récurrents sont accompagnés par des ganglions hypertrophiés, et leurs deux crosses (Baréty) sont bien évidentes sur la pièce.

Du côté droit, le tronc du pneumogastrique est englobé dans une de ces tumeurs, ainsi que certains de ses rameaux œsophagiens, tandis que du côté gauche c'est le récurrent en entier qui disparaît dans une masse ganglionnaire, née au niveau du sommet de la crosse aortique et comprimant l'œsophage et le récurrent, ainsi du reste que la crosse aortique elle-même.

On suit d'une manière évidente, par la dissection, la continuité de tous ces ganglions, dont un certain nombre sont compris dans les scissures pulmonaires ; le tissu cellulaire du médiastin est remplacé, en quelque sorte, par des ganglions parmi lesquels se frayent difficilement passage l'aorte, le canal thoracique, la grande azygos, l'œsophage et surtout les pneumogastriques. — Les phréniques ne sont pas altérés, ni comprimés.

Notons enfin que la veine cave supérieure a son calibre notablement rétréci par un volumineux ganglion appartenant au groupe prétrachéobronchique droit, et dont le grand axe est parallèle à celui de la veine.

Le *ganglion sus-claviculaire* du côté gauche est aussi kystique, et contient une bouillie violacée ; il comprime un peu la sous-clavière dans sa deuxième portion, ainsi que la veine de ce nom, mais adhère principalement à la clavicule et au plexus brachial, qui fuyait cependant en arrière, mais commençait à être englobé dans la tumeur. A droite au contraire, là où le poumon n'avait pas d'adhérences aux sommets, il n'y avait pas de ganglions sus-claviculaires engorgés.

Ainsi l'autopsie a expliqué l'aphonie, la dysphagie observées pendant la vie.

Le larynx était dans un état d'intégrité remarquable.

Le diaphragme, pas plus que les plèvres ou le péritoine, ne

contenait de carcinome, même à l'état de granulations ; mais le *foie* en était rempli. Il contenait des nodules cancéreux et ramollis de volume variable ; au hile du foie les ganglions étaient altérés, mais ne comprimaient pas beaucoup les vaisseaux afférents : ainsi s'explique l'absence d'ascite. Des ganglions reliaient le foie à la masse cancéreuse indurée qui occupait l'angle de bifurcation de l'aorte.

Sous cette masse, on trouve, à la coupe, la *veine-cave inférieure oblitérée* par un caillot ancien et ramelli au centre, adhérent à la paroi du vaisseau et dont certaines parties sont en dégénérescence graisseuse. Les veines iliaques sont également oblitérées ; l'aorte est rétrécie aussi en ce point, et son canal aplati à une section triangulaire ; les iliaques primitives ont leur forme normale. Plus profondément sous cette masse, on constate du *cancer vertébral*, dû évidemment à la propagation, comme on le voit sur un point où un ganglion ramolli a évidé une portion du corps de la deuxième vertèbre lombaire. Au centre même des corps vertébraux existe une sorte de carie cancéreuse.

La queue de cheval n'était pas altérée, car le cancer ne faisait pas saillie dans le canal rachidien ; la partie terminale de la moëlle semblait normale.

La *capsule surrénale* du côté droit était également dégénérée et ramollie, sans que l'on eût constaté de pigmentation de la peau pendant la vie : le testicule gauche n'était pas altéré.

En résumé, on avait donc un cancer du poumon, du foie, de la capsule surrénale, des corps vertébraux, et des adénopathies, de même nature, fort étendues. L'encéphaloïde était la variété principalement répandue.

CONCLUSIONS. — A l'arrivée du malade ce qui dominait, c'était la dyspnée et la cachexie semblable à celle que l'on remarque dans la tuberculose ; on était porté à admettre l'adénopathie bronchique par suite de la dysphagie, de l'aphonie, comme signes rationnels ; et surtout par suite des signes physiques, tels que la matité considérable du sternum, et celle que l'on constatait en arrière entre les omoplates ; par suite aussi du souffle broncho-trachéal et de son timbre, et enfin par les signes douteux que l'on croyait percevoir au sommet du poumon droit. C'était le moyen le plus simple d'expliquer la cachexie et l'asphyxie, en l'absence de lésions cavitaires du poumon. Le caractère aboyant de la toux confirmait cette hypothèse.

A quoi était due l'induration du médiastin ? on ne trouvait pas de signes d'anévrysme aortique, pas de leucocythémie ni d'adénie ; car les tuméfactions ganglionnaires semblaient bien prédominer au thorax ; on n'avait d'insolite que

le ganglion sus-claviculaire gauche, mais il pouvait se rattacher à la chaîne que nous soupçonnions derrière le sternum. Un utile renseignement nous était fourni par les antécédents : c'était ce qui avait trail au testicule.

Le malade racontait avoir eu une orchite à la suite d'une blennorrhagie ; il disait que du pus s'était écoulé, et qu'on l'avait alors opéré ; on pouvait croire dans ce cas à un testicule tuberculeux, ayant succédé à une blennorrhagie, qui peut-être aurait été en relation de causalité avec lui, (comme l'a démontré M. Fournier pour l'épididymite pseudo-tuberculeuse). Il était simple alors de croire à une marche ascendante de la dégénérescence ganglionnaire, et à une phthisie pulmonaire primitive ou consécutive, d'autant que l'âge du malade (25 ans) autorisait à croire à une affection tuberculeuse. L'examen de l'autre testicule ne donnait aucun renseignement (il était un peu induré à la queue de l'épididyme.) L'hémoptysie actuelle, quoique légère, semblait aussi devoir faire pencher vers cette idée.

Je crois donc pouvoir dire que l'on était en droit d'affirmer l'adénopathie bronchique, et que l'hypothèse d'altération tuberculeuse de ces ganglions était la plus plausible. L'autopsie a confirmé le diagnostic, tout en montrant l'erreur commise sur la nature des néoformations. Une grande partie de notre matité rétro-sternale était due à la confluence des noyaux cancéreux aux bords antérieurs des poumons, mais par contre, on n'avait pas eu de matité bien franche ailleurs, où ces noyaux existaient aussi.

Les compressions de l'œsophage, de la trachée, des récurrents avaient été reconnues pendant la vie.

L'altération du foie avait été entièrement méconnue, ainsi du reste que celle de la colonne vertébrale, mais le malade ayant toujours été couché, on n'a pas pu observer la marche ; du reste, les pièces montrent que la dégénérescence s'est faite par propagation des ganglions mésentériques aux corps vertébraux, et que ceux-ci sont encore assez consistants pour ne pas causer de déformation de la région lombaire, ni de compression de l'axe rachidien.

Était-il possible, dans ce cas, de savoir au lit du malade quelle était son affection ? tout reposait sur les commémoratifs, et que le malade se soit mal exprimé, ou que l'interrogatoire ait été insuffisant, ils ont semblé en faveur du testicule tuberculeux ; cependant la marche rapide des accidents, la présence d'albumine dans l'urine, la singularité de l'adénopathie, et surtout la présence du ganglion sus-claviculaire gauche auraient pu mettre sur la voie.

On trouve en effet dans le travail de M. Baréty (page 104) le

résumé d'une observation de M. Liouville, où chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, on a noté une œdème cervical indiquant l'extension du cancer aux ganglions du médiastin ; dans une communication orale, M. Liouville nous a signalé cette coïncidence de l'engorgement sus-claviculaire avec le cancer du poumon. Grisolles dit également avoir ainsi réussi à diagnostiquer le cancer du médiastin ; Walshe rapporte des cas analogues. Cependant bien d'autres signes ont manqué, et pour n'en citer que les principaux, l'ascite a fait défaut pour le cancer du foie, et l'épanchement pleural pour celui du poumon. La cachexie était bien semblable à celle de la tuberculose ; le genre de mort aussi, c'est l'asphyxie qui a emporté le malade, et non une hémorrhagie ou la cachexie cancéreuse.

**10. Rétrécissement congénital de l'aorte ; Athérome ; Hypertrophie du cœur ; absence d'une des valvules sigmoïdes ;**  
par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Leclerc N. J., 65 ans, charron (né à Paris) entre le 26 octobre Salle Saint-Augustin (Service de M. CONSTANTIN PAUL.)

D'une bonne santé habituelle, sauf une petite vérole dont il fut atteint dans son enfance, ce malade n'a jamais ressenti de douleurs articulaires, et n'a jamais souffert de rhumatismes.

Depuis deux ans environ, sa respiration est devenue courte, et il éprouve de la difficulté à marcher vite, à courir, à monter : l'essoufflement et l'oppression ont sensiblement augmenté depuis deux mois ; toutefois, le malade n'a jamais ressenti de vives douleurs à la région précordiale, tout au plus quelques légères palpitations ; depuis quelques semaines, les jambes sont fréquemment gonflées.

L'examen physique donne les résultats suivants : Tout d'abord, le malade paraît plus jeune qu'il ne l'est en réalité, tout le sommet du crâne est, il est vrai, dépourvu de cheveux, mais ceux qui restent sont noirs ; toutefois un examen attentif montre un léger cercle sénile à la partie supérieure de la cornée, et l'exploration de l'artère radiale révèle un athérome avancé.

L'auscultation des poumons ne fournit aucun renseignement important : la respiration est sibilante, emphysémateuse, l'expiration légèrement prolongée. Au cœur, la percussion confirme l'existence d'une hypertrophie ; on trouve le choc de la pointe à quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du mamelon. L'auscultation montre, à la pointe, un souffle doux et au 4<sup>er</sup> temps ; tandis qu'à la base, on rencontre un souffle rude systolique, dont il faut absolument rapporter

le maximum au niveau de la 3<sup>e</sup> articulation synchondro-costale gauche. — En présence de ces signes, et bien que désireux de rattacher tous les bruits pathologiques à un seul des orifices cardiaques, on porte le diagnostic suivant : *Rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale, hypertrophie du cœur, athérome*, (le pouls radial possédait en effet tous les caractères de rigidité et de faiblesse qu'il doit à l'altération de la paroi artérielle, et aux flexuosités du vaisseau), — les fémorales ne parurent pas atteintes par la dégénérescence.

Le foie et la rate ont leur volume normal : épanchement léger dans la péritoine. Œdème peu marqué au niveau des malléoles et à la partie interne des cuisses. — L'urine ne contient pas d'albumine, le malade n'accuse aucune douleur au niveau des reins. Pas de troubles de la vue.

Cet état subsista pendant trois jours, durant lesquels on continua d'ausculter le cœur, dans le but de localiser à un seul orifice l'altération pathologique. L'auscultation, pratiquée à la partie postérieure de la poitrine, ne fournissait aucun renseignement ; sur le trajet des carotides, on entendait un bruit de souffle dû à la propagation de celui de la base. Le malade fut pris de dyspnée le 28 octobre, celle-ci continua malgré l'application de trente ventouses sèches, elle augmenta même jusqu'au lendemain : le malade était cyanosé, asphyxiant : des râles humides s'entendaient des deux côtés de la poitrine, et une cœgophonie légère à gauche, avec diminution du bruit respiratoire, devint manifeste : les vibrations, faibles des deux côtés, ne paraissaient pas sensiblement diminuées. — Rien de nouveau du côté du cœur. — L'œdème augmente ainsi que l'ascite. — La dyspnée ne fit que s'accroître, et le malade succomba le 1<sup>er</sup> novembre.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Poumons emphysémateux, congestionnés à leur base. Dans la plèvre gauche, épanchement peu abondant de sérosité claire ; quelques fausses membranes légères nagent dans le liquide. Rien de particulier dans l'abdomen : épanchement modéré, viscères sains et normaux.

L'appareil de la circulation doit attirer toute notre attention. Le cœur et l'aorte jusqu'à sa terminaison sont détachés avec soin. — Ce qui frappe avant tout, c'est l'hypertrophie *énorme* du cœur qui, dans sa portion ventriculaire seulement, mesure 18 centimètres de la base au sommet. Les oreillettes sont également volumineuses. Au péricarde, ni épanchement, ni traces d'inflammation. La pointe du cœur est formée exclusivement aux dépens du ventricule gauche, dont les parois mesurent 25 mm. d'épaisseur. Le ventricule gauche est en même temps dilaté : le doigt, introduit dans sa cavité et dirigé



vers l'orifice aortique, est arrêté par le rétrécissement qui siège à ce niveau. Ventricule droit sain. Trou de Botal oblitéré. Oreillettes droite et gauche hypertrophiées et dilatées, remplies, ainsi que les ventricules, de caillots agoniques. Valvule tricuspidale saine. Valvule mitrale légèrement rugueuse, épaissie, avec coloration blanchâtre au niveau de sa valve gauche (lésions qui suffisent à expliquer le souffle de la pointe.) Dans l'oreillette droite, quelques taches blanches, traces d'endocardite, dont une surtout très-marquée au voisinage de la cloison inter-auriculaire. Orifice aortique, formé par *deux valvules seulement* et considérablement rétréci : il a 2 c. de diamètre, et 7 c. de circonférence ; l'index ne peut passer entre ces deux valvules considérablement épaissies, devenues cartilagineuses et même ossifiées, dont la partie ventriculaire porte des bourgeons exubérants, et qui, par l'impossibilité qu'apporte leur rigidité à l'adossement de leurs bords, sont légèrement insuffisantes ; aucune trace de l'existence d'une troisième valvule sigmoïde, ni de la fusion de deux en une seule.

Crosse de l'aorte dilatée, surtout depuis l'origine du vaisseau jusqu'au tronc innominé. Elle mesure, au niveau des artères coronaires, 83 mm. de circonférence, et à trois centimètres plus haut, 95 mm. Les artères qui naissent de la crosse sont normales, mais sensiblement dilatées : le diamètre des sous-clavières et des carotides, à leur origine, égale pour les premières 17 mm. et pour les secondes 1 cent. Le tronc innominé mesure, à sa naissance, 5 cent. de circonférence, et les sous-clavières 45 mm. ; la gauche offre à son origine un renflement marqué. La circonférence de l'aorte un peu avant la naissance de ce vaisseau égale 62 mm. Un peu plus loin (à 1 cent. au-delà du canal artériel) nous trouvons un *rétrécissement considérable du calibre de l'aorte*, qui se traduit au dehors par une déformation de la paroi du vaisseau, analogue à celle que lui ferait éprouver l'application d'une ligature, et qui à l'intérieur n'admet pas le petit doigt. Il mesure verticalement 13 mm. et horizontalement 1 cent. La paroi postérieure de l'aorte semble contribuer à sa formation pour une large part, et faire dans l'intérieur du vaisseau une plus forte saillie que la paroi antérieure ; celle-ci paraît se continuer insensiblement avec le segment du vaisseau qui précède le rétrécissement ; l'autre au contraire paraît établir avec ce segment une limite plus marquée, d'une forme générale arrondie ; son diamètre vertical l'emporte cependant sur son diamètre horizontal. L'aorte reprend ensuite ses dimensions normales : elle mesure, à trois centimètres au-delà du rétrécissement, 38 mm., et au niveau du tronc coeliaque, 6 cent. de circonférence. Les artères qui naissent au-dessus de l'obstacle apporté à la circulation sont

toutes dilatées; la mammaire interne (la seule des branches de la sous-clavière que nous ayons pu examiner) avait 13 mm. de circonférence; elle était béante, épaissie, sinueuse.

L'existence de lésions athéromateuses offrait cette particularité remarquable qu'elle était limitée au département vasculaire situé au-dessus du rétrécissement: ainsi, un peu au-dessus des coronaires, on trouve des plaques athéromateuses, on rencontre une plaque calcaire au point d'origine de la sous-clavière droite; une série de plaques à des degrés différents de leur évolution précédant le rétrécissement: ces lésions n'occupent en résumé qu'une étendue restreinte de la paroi aortique: au niveau du canal artériel ou plutôt un peu après son embouchure, se trouve une incrustation calcaire. Le canal artériel est représenté par un cordon fibreux, volumineux, absolument imperméable, et contenant des dépôts athéromateux à sa partie voisine de l'aorte, sous forme d'une longue aiguille, dont la pointe est tournée vers l'artère pulmonaire. Au niveau du rétrécissement lui-même, il existe seulement un état dépoli et rugueux de la membrane interne; au-delà, à peine trouve-t-on sur l'aorte quelques taches jaunâtres; rien absolument dans les artères auxquelles elle donne naissance, les fémorales comprises. Au contraire, en deçà du rétrécissement, non-seulement la mammaire interne est couverte de plaques athéromateuses, non-seulement les artères du cerveau (carotide interne, surtout au niveau de sa bifurcation, et tronc basilaire) offrent des lésions de même nature, mais les artères du cœur lui-même sont à la fois dilatées, flexueuses, épaissies et incrustées. La coronaire gauche mesure 23 mm. de circonférence à son origine. Enfin, l'exploration du pouls par le toucher et par le sphymographe nous avait montré la même altération sur les artères des membres thoraciques.

Rien à noter dans le cerveau, si ce n'est l'existence, au point où l'on trouve normalement la communicante antérieure, de deux artères semblables, dont la première occupe la place ordinaire, tandis que la seconde naît à 5 mm. après elle, interceptant ainsi une sorte de petit quadrilatère entre ces deux communicantes et les deux cérébrales antérieures.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous offre donc à noter les particularités suivantes: Rétrécissement congénital de l'aorte au niveau du canal artériel. — Athérome des artères situées en-deçà du rétrécissement. — Rétrécissement aortique avec insuffisance légère (et absence d'une des valvules sigmoïdes). — Hypertrophie considérable du cœur avec dilatation. — Insuffisance mitrale légère. — Existence de deux artères communicantes antérieures, au niveau de l'hexagone artériel.

Je ne fais que signaler en passant l'absence congénitale d'une des valvules sigmoïdes. Le fait est rare. Cependant, cette année même, on a présenté à la Société anatomique plusieurs cas de ce genre; d'ailleurs rien dans l'examen de l'orifice aortique n'autorise à croire qu'il y ait eu fusion pathologique des deux valvules en une seule.

Le rétrécissement de l'aorte que je viens de décrire est-il congénital? Rien ne permet de penser que le dépoli et l'état rugueux de la membrane interne aient été suffisants pour produire ce rétrécissement; d'ailleurs son siège est celui auquel se rencontrent habituellement les rétrécissements congénitaux qui ont été décrits au nombre de cinquante-cinq dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* publié en 1865 par MM. Charcot et Ball. L'occlusion du trou de Botal, et celle du canal artériel que nous trouvons dans l'observation qui précède, comme dans la plupart des autres, doit-elle infirmer notre manière de voir? Nous ne le pensons point, car la persistance de ces deux organes normalement transitoires ne paraît nullement nécessaire pour expliquer la formation du rétrécissement congénital, quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse à laquelle on se rattache: que l'on adopte l'opinion de M. Dumont pallier et que l'on veuille avec lui faire intervenir une propagation à l'aorte, de l'inflammation physiologique nécessaire à l'occlusion normale du canal artériel; ou qu'on se rattache à la doctrine de Rokitansky, pour lequel au contraire une occlusion prématurée du canal artériel est la cause du rétrécissement qui siège à ce niveau. Dans les deux hypothèses il est admis que le canal est oblitéré. Quant à la persistance du trou de Botal, c'est à peine si on peut la rencontrer dans un sixième des observations publiées.

L'hypertrophie énorme du cœur n'a rien qui doive étonner: elle est constante dans ces cas, et d'ailleurs l'existence de deux rétrécissements, l'un congénital et l'autre pathologique, le premier au niveau de ce qui fut l'isthme de l'aorte, le second au niveau de l'orifice aortique, suffit à expliquer le développement considérable qu'avait dû prendre le cœur pour surmonter ce double obstacle, et par suite l'affection secondaire de la valvule mitrale.

Mais faut-il voir une relation de cause à effet entre l'existence du rétrécissement congénital, et l'apparition dans l'aorte et les branches nées au-dessus du rétrécissement de lésions athéromateuses nombreuses et avancées, tandis qu'au-dessous de lui elles sont rares et insignifiantes? En un mot, le rétrécissement aortique est-il secondaire, et l'affection cardiaque (hypertrophie avec insuffisance mitrale légère) relève-t-elle du même processus? Nous pensons, avec Traube, que l'augmenta-

tion de la pression et le ralentissement du cours du sang en deça du premier rétrécissement, c'est-à-dire du congénital, rendent suffisamment compte des désordres et des altérations secondaires que nous venons de signaler, c'est-à-dire du développement de l'athérome, du rétrécissement aortique et de l'hypertrophie cardiaque.

Remarquons enfin que, dans l'observation précédente, le poulx crural n'a pas offert la diminution notable signalée dans quelques observations, et que les branches de la sous-clavière qui servent ordinairement à rétablir la circulation collatérale n'ont révélé aucune pulsation sur leur trajet. Il en a été de même de l'épigastrique, qui n'atteignait pas la dilatation considérable fréquente dans ces cas, et qui a pu parfois mettre sur la voie du diagnostic.

**41. Examen histologique d'une ulcération de l'intestin, par**  
M. CADIAT, interne des hôpitaux.

En examinant les pièces présentées à la Société dans la précédente séance, j'ai rencontré les mêmes lésions que j'avais déjà trouvées dans toutes les muqueuses atteintes de tuberculose et dont j'ai présenté les dessins il y a quinze jours. C'est-à-dire que, dans ce cas particulier, il y avait une production considérable de noyaux de 0, 005 à 0, 006 dans toute l'étendue de la coupe de l'intestin, comprenant l'ulcération sur la plaque de Peyer; on en trouvait dans la couche sous-muqueuse et même la couche musculaire de l'intestin.

Sur une de mes préparations, la coupe a porté en même temps sur une granulation du péritoine, de telle sorte qu'on voit, à la fois, les éléments de cette granulation et ceux qui sont dans toute l'épaisseur de l'intestin. Il existe des trainées allant de la plaque de Peyer à la granulation. On peut constater l'identité d'aspect entre les éléments pris en ces deux points différents.

De toutes les pièces de tuberculose des muqueuses que j'ai eues à examiner, les plus caractéristiques me sont fournies par cette ulcération intestinale. Je n'hésite donc pas à affirmer dans ce cas le caractère tuberculeux de la lésion.

Si l'on m'objecte que les lésions de la fièvre typhoïde sont peut-être les mêmes, je répondrai qu'il n'en est rien.

Car : 1° Ce qui caractérise la lésion typhoïde, c'est surtout la production, entre les éléments de la plaque de Peyer, d'une matière granuleuse et non cette masse d'éléments nouveaux; 2° dans la fièvre typhoïde, la plaque reste isolée; quoique tuméfiée, elle ne s'unit pas aux parties environnantes par cette production considérable de noyaux; 3° dans la fièvre typhoïde,

ce ne sont pas des éléments nouveaux en grand nombre qui se forment dans le follicule de la plaque de Peyer, mais, je le répète, de la matière amorphe susceptible de se segmenter autour des noyaux préexistants qu'elle a écartés.

M. CHARCOT. Dans la fièvre typhoïde, la prolifération cellulaire, ou si l'on veut, l'accumulation de noyaux peut se faire non-seulement dans les follicules, mais aussi dans le tissu qui sépare ces follicules. Hermann, qui a étudié avec soin ces altérations de la fièvre typhoïde, a décrit une disposition tout à fait analogue à celle qu'a pu constater M. Cadiat. Du reste, il n'est pas démontré que la distinction soit possible entre les ulcérations tuberculeuses et celles de la fièvre typhoïde, et pour ma part, je ne crois pas qu'il existe de caractères assez précis pour que l'on puisse les différencier nettement.

M. MALASSEZ. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas ici simplement coïncidence des deux sortes d'altérations.

**12. Disjonction des symphyses du bassin; fractures de l'os iliaque et du sacrum; par M. KIRMISSON, interne des hôpitaux.**

Le nommé Roche François, âgé de 30 ans, fumiste, est apporté le 23 octobre 1874, à 8 heures du matin, dans le service de M. GUÉRIN, salle Saint-Antoine, n° 7, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme vient de tomber d'un cinquième étage; la perte de connaissance qui a accompagné sa chute a été de courte durée; actuellement, il répond bien aux questions qu'on lui adresse. Dès qu'on l'examine, on est frappé tout d'abord par l'existence d'une lésion singulière du pénis. La peau de la verge a été coupée à la base de l'organe dans une étendue de 3 centimètres environ; la section forme une courbe à convexité supérieure, dirigée à droite et en dehors. La peau se rétractant a laissé à nu toute l'étendue des corps caverneux, de sorte que la verge se présente complètement dépouillée, le prépuce retourné en bas cachant toute la surface du gland et le méat urinaire; le malade n'a pu uriner depuis l'accident. Ce déplacement de la peau de la verge est facilement réduit, et les bords de la solution de continuité sont affrontés au moyen de deux serre-fines, le catéthérisme est pratiqué sans difficultés; l'urine ne renferme pas de sang.

Outre cette lésion de la verge, on aperçoit une large ecchymose au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche; la pression détermine en ce point une vive douleur; il n'existe pas de fracture des membres inférieurs; mais

quand on fléchit la cuisse gauche sur le bassin, en même temps qu'on applique la main sur la fosse iliaque externe, on perçoit une grosse crépitation et une mobilité anormale qui font diagnostiquer une fracture verticale de l'os coxal, siégeant non loin de la symphyse sacro-iliaque. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet.

Dès le lendemain, le ventre est tendu et douloureux, le pouls petit et très-fréquent; l'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

Le 25, les symptômes de péritonite s'exagèrent, le météorisme est très-marqué, surtout à l'épigastre; la température est tombée à 36°, 5.

Le 26 matin, on constate une teinte ictérique de la peau très-prononcée au visage; vomissements bilieux incessants.

Le 27, aux symptômes précédents se joint du délire, et le malade succombe le 28, à 3 heures du matin.

A l'AUTOPSIE, on trouve une péritonite généralisée qui, par places, a passé déjà à la suppuration, des caillots fibrineux, et une certaine quantité de sang libre dans la cavité péritonéale, surtout dans le petit bassin.

Les muscles psoas et iliaque sont aussi infiltrés de sang; il n'y a rien de particulier à noter du côté des autres organes, sauf de la stase veineuse dans les méninges et une congestion très-marquée des poumons à leur partie postérieure. La vessie et l'urèthre sont intacts; mais les bourses et les testicules sont le siège d'un gonflement considérable; le testicule droit est distendu par un épanchement sanguin, siégeant surtout entre le parenchyme de l'organe et la tunique albuginée; cette dernière membrane est intacte; il n'en est pas de même du côté gauche, où la membrane albuginée a été rompue et où l'on trouve une notable quantité de sang liquide dans la tunique vaginale; de plus, le ventricule est occupé par un caillot sanguin épais, que des adhérences molles et filamenteuses reliait déjà à la face pariétale de la séreuse. Les deux levres de la déchirure de l'albuginée sont écartées et forment un V dont la pointe est dirigée en dehors. Une grande quantité de sang coagulé existe aussi entre le parenchyme sécréteur et la face interne de la membrane d'enveloppe.

Il existe un écartement de la symphyse pubienne mesurant 2 centimètres et demi; de plus, la symphyse sacro-iliaque gauche est le siège d'une disjonction qui laisse entre les os un écartement d'un demi-centimètre environ; les surfaces articulaires sont nettement séparées l'une de l'autre, les ligaments antérieurs complètement rompus, mais la partie postérieure de l'articulation est demeurée intacte, la disjonction porte seulement sur la surface auriculaire de l'articulation;

l'os iliaque, en arrière de cette surface, est le siège d'une fracture verticale nette et parfaitement régulière; du côté de l'aile gauche du sacrum, il existe aussi une fracture verticale, mais irrégulière et incomplète; elle s'étend de la partie supérieure de l'os au deuxième trou sacré antérieur; en dehors de ces orifices, supérieurement, la largeur du fragment détaché est de 2 centimètres environ; en bas, il n'a plus qu'un demi centimètre. Cette fracture longitudinale est coupée au niveau du premier trou sacré antérieur, par une fracture transversale; le fragment situé au-dessus de la fracture horizontale est complètement détaché du reste de l'os; au-dessous la fracture est incomplète.

Enfin il existe, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche, une fracture incomplète, parallèle au bord supérieur de l'os, occupant une longueur de 3 centimètres; le fragment tient encore au reste de l'os par une mince lamelle, mais il a de la tendance à se porter en dedans vers la fosse iliaque interne.

En résumé, il y a eu fracture incomplète de l'os iliaque par le choc direct au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure; la violence du choc a produit l'écartement de la symphyse pubienne, puis elle a eu pour résultat la disjonction de la symphyse sacro-iliaque gauche; mais celle-ci ne s'est produite que dans le point où les moyens d'union sont le moins solides, c'est-à-dire au niveau de la surface auriculaire; les ligaments interosseux de la partie postérieure ont résisté, et la violence a produit la fracture de l'os iliaque plutôt qu'une rupture de ces ligaments. Quant à la fracture du sacrum, elle a été produite par l'arrachement; mais il ne s'agit pas de la fracture verticale du sacrum, telle qu'elle a été décrite par M. Voillemier: cette dernière, en effet, passe par les trous sacrés, tandis qu'ici la solution de continuité siège en dehors de ces orifices. C'est que la disjonction de la symphyse pubienne a eu pour effet de concentrer la violence au niveau de l'articulation sacro-iliaque; cette dernière a cédé en partie, et dès lors, l'aile gauche du sacrum n'a point été détachée en totalité; il y a eu seulement arrachement d'une partie de sa surface au niveau de l'insertion des ligaments antérieurs, eux-mêmes déchirés.

**13. Péricardite purulente chez un nouveau-né;** par M. HOMME, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur un enfant dont la mère est morte d'infection purulente. Il existe une péricardite séro-purulente très-caractérisée, sans traces d'endocardite.

*Séance du 13 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**14. Structure des granulations de la conjonctive,**  
par M. A. RÉMY, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter est un lambeau de conjonctive granuleuse, excisé sur la paupière supérieure, le plus près possible du cul-de-sac supérieur. A sa surface, on voit les petites saillies arrondies, formées par le tissu granuleux, et c'est le même aspect que j'ai toujours retrouvé sur 47 lambeaux de conjonctives granuleuses qui, dans l'espace de 14 mois, ont été excisés par M. Galezowski. Ce sur quoi j'appelle l'attention, c'est que ces opérations n'ont pas amené de rétractions à leur suite. J'ai vu également un assez grand nombre de malades opérés depuis un plus long temps, et les résultats étaient également satisfaisants.

Quant à la structure des granulations, on peut en avoir une assez bonne idée par la figure représentée dans le traité des Maladies des yeux de M. Galezowski. Ce tissu est uniquement formé de cellules jeunes, qui reposent sur le tissu conjonctif de la partie profonde de la conjonctive. Les cellules n'étant qu'accollées les unes aux autres, ce tissu est extrêmement friable.

M. HOUEL. Il est important de suivre les malades pendant longtemps; car j'ai vu des cas où l'ablation des granulations faites par Furnari, par Richard, avait semblé amener la guérison, et pourtant la lésion finit par se reproduire.

M. RÉMY. Dans plusieurs des faits que j'ai observés, la maladie datait de 3 ou 4 ans; les opérés ont toujours été suivis pendant 6 mois au moins, et quelques-uns pendant un an. Je n'ai jamais observé de rétraction, pas plus que de reproduction de la lésion.

M. GIRALDÈS. Lorsque les granulations sont très-volumineuses (et dans le cas contraire, elles guérissent sans opération), on peut en pratiquer l'ablation sans amener de rétraction; celle-ci ne se produit que si l'on enlève, avec le tissu de granulations, une certaine portion de la membrane conjonctivale;



ces cas ne sont du reste pas rares, et pendant les 12 années que j'ai passées à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai vu très-souvent des enfants présentant des lésions de la conjonctive et de la cornée, consécutives à une ablation mal faite.

M. CHARCOT. D'après le dessin présenté par M. Rémy, la structure des granulations conjonctivales ressemble beaucoup au tissu qui se produit à la suite des pertes de substance, et qu'on désigne sous le nom de tissu de granulation.

**45 Phthisie granuleuse simulant la fièvre typhoïde; tubercules de la choroïde; diagnostic par l'ophthalmoscope;**  
par M. STOICZESCO, interne des hôpitaux.

Le 26 du mois dernier, on amena, dans le service de M. BOUCHUT, salle Sainte-Catherine, n° 3, l'enfant Dumesnil Eugénie, âgée de 13 ans. Les parents nous donnaient, sur l'état antérieur, des renseignements un peu vagues; cependant il paraît que le père était mort poitrinaire, et la mère morte phthisique, à la fin de septembre de cette année; à peu près à cette époque, l'enfant fut prise brusquement d'une très-grande courbature avec fièvre presque continue, un peu de céphalalgie, de l'inappétence, sans diarrhée ni vomissements et sans gêne de la respiration; ses parents lui firent garder le lit pendant quelques jours, et l'enfant, quoique un peu faible et très-mal à l'aise, recommença ses habitudes antérieures. Huit jours après, c'est-à-dire deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise tout d'un coup d'un violent point de côté à gauche; l'oppression était tellement intense que, deux jours avant son entrée, elle eut plusieurs accès de suffocation. Tous les autres symptômes du début s'étaient beaucoup plus accentués.

Au moment de l'entrée, la première chose qui frappe c'est l'état général typhique et la dyspnée. L'enfant en orthopnée fait péniblement 70 respirations par minute. La figure est pâle, avec des plaques rouges lie-de-vin sur les deux pommettes, les yeux sont excavés, les paupières à demi-closées. La physionomie a une expression de langueur des plus manifestes. En outre, il existe une hyperesthésie générale, mais de beaucoup plus marquée sur le thorax; à la moindre pression sur un point quelconque, l'enfant pousse des cris. L'intelligence est nette, les réponses sont correctes et sans hésitation. La céphalalgie frontale est peu accusée. Les pupilles dilatées sont peu impressionnables.

Emaciation notable de tout le corps. Le ventre est souple, non ballonné, indolent et sans taches. La langue est sèche,

sans fuliginosités; les selles sont régulières, non diarrhéiques. Pas de vomissements. Pas d'épistaxis. Aucun trouble du côté des voies urinaires. Les mouvements et le rythme des bruits cardiaques paraissent normaux.

La paroi antérieure gauche de la poitrine donne, à la percussion, une résonnance un peu plus obscure que du côté opposé, l'élasticité semble aussi diminuée. La sonorité, de même que l'élasticité, sont normales à droite et en avant. L'auscultation à gauche, immédiatement sous la clavicule, révèle un peu de râle sous-crépitant fin, dans les fortes inspirations, et après les efforts de toux, quelques bouffées de râle sous-crépitant lointain. A droite et en avant, le murmure vésiculaire a son ampleur normale. En arrière, à gauche, la respiration est nette, sans aucun bruit pathologique; à droite, le déplissement des alvéoles se fait moins bien, l'expiration surtout, paraît un peu soufflante; de temps en temps on perçoit des râles sous-crépitants. La résonnance est normale dans toute l'étendue de la poitrine en arrière. La voix ne présente aucune modification. T. 39°,5; P. 140; R. 70.

27 octobre. Délire pendant la nuit. Même état qu'hier. T. 38°,6.

Dix sangsues sur la région épigastrique, potion gommeuse avec 30 gr. de cognac.

Soir. L'état général paraît meilleur. Aucune autre modification. A droite, en avant, la respiration est un peu plus rude. T. 37°,8; P. 128; R. 64.

28 octobre. L'enfant est plus abattue; diarrhée. T. 39°.

Soir. Les râles sont plus nombreux à gauche sous la clavicule. T. 39°,3; P. 128; R. 64.

29 octobre. Même état adynamique. M. Bouchut fait l'examen ophtalmoscopique et constate dans les deux choroïdes l'existence de plusieurs tubercules; nous avons pu nous-même les reconnaître séance tenante. A partir de ce moment, plus d'hésitation, plus de doute sur la nature de l'affection, il s'agissait d'une tuberculose miliaire; le diagnostic était établi, grâce à l'ophtalmoscope. L'enfant n'accusait aucun trouble de la vue. T. 39°,3.

Soir. Les symptômes thoraciques sont plus accusés; les râles gagnent en intensité et en étendue, à gauche, aussi bien en avant qu'en arrière; à droite, sous la clavicule, il y a quelques râles humides; en arrière, au sommet, l'expiration est soufflante, il nous semble avoir entendu quelques craquements. Aux deux bases, la respiration est normale. La diarrhée continue. T. 40°; P. 136; R. 48.

30 octobre. Même état. T. 38°,5. — Soir. T. 39°,4; P. 132; R. 52.

31 octobre. T. 38°,4. — Soir. T. 39°,6; P. 132; R. 64.

1<sup>er</sup> novembre. La percussion est toujours peu significative

des deux côtés, aussi bien en avant qu'en arrière, cependant la résonnance paraît plus diminuée à droite. Les râles à gauche prennent les caractères du gargouillement. T. 38°.

*Soir.* T. 39°,3; P. 132; R. 43.

2 novembre. T. 37°,9. — *Soir.* T. 39°,3; P. 128; R. 54.

3 novembre. T. 39°. — *Soir.* T. 39°; P. 132; R. 60.

4 novembre. L'état général s'est aggravé. Les lésions pulmonaires ont fait des progrès, les râles humides s'entendent par bouffées dans presque toute l'étendue des poumons. La diarrhée continue. T. 39°,8.

*Soir.* T. 40°; P. 152; R. 62.

5 novembre. T. 38°. — *Soir.* T. 39°; P. 128; R. 54.

6 novembre. T. 38°,1. — *Soir.* T. 40°; P. 138; R. 54.

7 novembre. Délire pendant la nuit. L'hématose est beaucoup plus compromise, la surface du corps commence à prendre les caractères de la cyanose. Râles sous-crépitaux dans toute l'étendue des poumons. T. 38°. — *Soir.* T. 38°,6; P. 132; R. 60.

8 novembre. T. 38°. — *Soir.* T. 38°,9; P. 138; R. 60.

9 novembre. L'enfant succombe dans la journée avec une température de 37°,8.

AUTOPSIE. Quarante-deux heures après la mort. — Les deux poumons sont, pour ainsi dire, farcis de petites granulations miliaires; au sommet du poumon gauche, il existe une caverne pouvant loger une petite noix. Les plèvres, en dehors de quelques adhérences récentes, présentent ça et là plusieurs granulations semblables à celles des poumons. On en remarque aussi quelques-unes dans la rate (non hypertrophiée) et dans la substance corticale des reins. A peine pouvons-nous en trouver une dizaine dans le péritoine et l'intestin; la muqueuse de ce dernier, et surtout celle de l'intestin grêle, est congestionnée. Le foie est gros.

Le cœur flasque, présente sur le bord de chaque valvule, mais notamment sur celui de la mitrale, ce liseré rouge, boursoufflé, caractéristique de la lésion que M. Bouchut considère comme une endocardite végétante.

Les méninges ne sont pas congestionnées, on peut compter une vingtaine de granulations sur la pie-mère; au milieu de la scissure sylvienne gauche, plusieurs sont englobées dans une petite collection purulente, grosse comme un pois. La masse encéphalique a sa consistance normale. La moelle est ferme, sans altération; aucune trace de tubercules miliaires.

Les yeux sont coupés perpendiculairement à leur axe antéro-postérieur et examinés sous l'eau: on constate d'abord l'état normal des milieux réfringents; une fois la rétine soulevée lentement, nous trouvons le pigment choroïdien intact,

et de chaque côté des nerfs optiques, plusieurs points gros comme de petites têtes d'épingles, blanchâtres, opaques et un peu saillants. Dans l'œil droit, trois tubercules faisant un triangle, se trouvent tout près du nerf, trois autres un peu plus loin. Dans l'œil gauche, il n'y en a que deux dans la proximité du nerf, et huit autres disséminés sur la choroïde.

Pour terminer, il faut signaler un petit infarctus sous-cutané à la face antérieure de la jambe gauche.

RÉFLEXIONS. — Le fait que nous venons d'exposer présente un grand intérêt. — C'est une observation qui mérite d'attirer l'attention, non-seulement par sa forme clinique, mais surtout par les lésions anatomiques caractéristiques vues pendant la vie. Avant d'insister sur le point principal de ce fait, qu'il nous soit permis de remarquer un symptôme persistant, depuis le commencement jusqu'à la fin, et d'une intensité telle qu'il semblait dominer tout l'ensemble symptomatique, je veux parler de l'hyperesthésie, surtout thoracique; M. Bouchut nous a fait remarquer, plus d'une fois, ce signe qui a une très-grande valeur.

Certes, en présence d'un symptôme tel, en présence d'un renseignement précieux en ce qui concerne l'hérédité, le diagnostic pouvait-il rester encore douteux? Pouvait-il être posé d'une façon nette, d'une façon précise? — La première pensée de M. Bouchut fut celle d'une pneumonie double, mais d'une pneumonie bâtarde, insolite; — le lendemain, nouvelle hésitation, et l'idée d'une fièvre typhoïde à forme thoracique nous vint à l'esprit; le désaccord entre les symptômes locaux et l'état général nous mettait sur la voie. — Le 29, c'est-à-dire le troisième jour de son entrée, et j'insiste beaucoup sur cette date, l'ophtalmoscope vint dicter, pour ainsi dire, le diagnostic. Voici le fait principal: D'abord le diagnostic des tubercules de la choroïde, pendant la vie même, et ensuite comme conséquence, le diagnostic de la maladie, de la tuberculose miliaire.

Nous sommes bien convaincu que l'ophtalmoscope, dans une affection telle que la phthisie aiguë, peut rendre les plus grands services; ce serait trop de dire avec Cohnheim que les tubercules de la choroïde sont constants dans la tuberculose miliaire (Berliner klin. Wochenschr. n° 6, 1867), mais d'un autre côté, il faut croire qu'ils existent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

**16. Fibrome de la région fessière; par M. LÉON,**  
interne des hôpitaux.

Delarue (Michel), âgé de 43 ans, gardien de la paix, entre

le 5 novembre à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 42 (service de M. DESPRÉS). — Il s'est aperçu de l'existence d'une petite grosseur à la fesse, en 1863, à sa sortie de la Pitié, où il avait fait un séjour de trois semaines pour des plaies contuses du crâne (bousculade dans une fête publique).

A l'examen du malade, on voit à droite de l'anus une tumeur oblongue du volume d'une petite orange, surplombant la partie voisine du pli fessier. La peau, sans changement de couleur, glisse sur la tumeur qui roule elle-même sur les parties profondes. Au toucher, on voit qu'elle est composée de trois lobes indépendants, indolores et très-durs, convergeant vers un même point profond, et qu'elle rejoint le côté droit du bulbe. — En présence de tous ces caractères, M. Després diagnostique un fibrome et en fait l'ablation avec le bistouri.

Cette tumeur examinée par M. HANOT, a présenté tous les caractères du fibrome fasciculé. Elle est intéressante à cause de son siège. M. Després pense aussi que le début, qui peut être rapporté à un traumatisme, est un point qui doit fixer l'attention.

**17. Monstre pseudo-anencéphale mort-né à neuf mois de grossesse, avec rupture spontanée de la poche sanguine avant la naissance; par M. GUILLAUMET, interne à Saint-Lazare.**

Félicie H...., âgée de 23 ans, entre dans le service de M. le Dr COSTILHES, dans le mois d'août. Cette jeune femme est forte, bien constituée, et paraît jouir d'une excellente santé. Régliée à 15 ans, elle n'a cessé de voir ses époques revenir avec une grande régularité jusqu'à sa grossesse. Mariée à 23 ans, elle devint enceinte 15 mois après, et le temps de sa grossesse se passa dans les meilleures conditions. Pas de vomissements, à peine quelques petits malaises. Vers le sixième mois, une vive frayeur amena une syncope, la première qu'elle ait jamais eue et qui ne s'est pas renouvelée. La grossesse ne parut nullement souffrir de ce petit accident, car elle continua à être aussi bonne qu'auparavant.

Enfin, elle accoucha à terme, le 9 novembre, à 6 heures du soir. La veille seulement, dit-elle, vers 10 heures du soir, l'enfant a cessé de remuer; il avait fait encore des mouvements dans la journée. Ce fut aussi à cette heure qu'elle commença à perdre un peu de sang. Vers trois heures du matin la perte augmenta sensiblement pour ne s'arrêter que quand la malade fut sur le lit de misère, c'est-à-dire le lundi à deux heures du soir. Pendant toute la nuit du dimanche au lundi, malgré sa perte, elle n'avait eu ni coliques, ni maux de reins;

ce n'est que vers 6 heures du matin qu'elle commença à souffrir.

Appelé à 3 heures et demie, nous avons été frappé de l'odeur infecte qui régnait dans la pièce. Quelques instants avant, comme elle perdait une certaine quantité des eaux, on avait été obligé d'ouvrir la fenêtre, tellement l'odeur qui s'en dégageait était insupportable. Le cœur du fœtus ne battait plus.

Le col, presque entièrement dilaté, était bouché par une masse arrondie. Dans la fosse iliaque gauche, on sentait une dépression, une sorte de rigole à charpente osseuse, recouverte de peau, se dirigeant de gauche à droite, d'avant en arrière, mais ne ressemblant en rien à une fontanelle. Cette dépression aboutissait en arrière à une grande cavité, dont on n'atteignait pas le fond, et dont les bords, légèrement tranchants, étaient assez irréguliers. A l'intérieur de cette cavité, des matières gélatineuses donnaient la sensation de caillots.

Il nous était absolument impossible en ce moment de donner un nom à ce que nous touchions, bien que nous eussions déjà de fortes présomptions en faveur d'une tête anormale. Enfin, cette masse commençant à descendre dans le vagin, nous avons pu la circonscrire et reconnaître sur les côtés les deux oreilles.

Le thorax sorti de la vulve, le fœtus cessa de progresser malgré les contractions utérines qui ne s'étaient pas ralenties; il y avait brièveté du cordon. Il fut coupé dans le vagin, au-dessous d'une ligature, et le fœtus extrait; une hémorrhagie se produisit aussitôt, assez abondante pour nécessiter une délivrance immédiate, après laquelle le sang cessa de couler.

Le placenta était appliqué à la paroi antérieure de l'utérus tout près du col; peut-être même, une faible portion s'insérait-elle sur le col.

*Description du fœtus.* — La tête seule est le siège des anomalies; le reste du corps ne présente aucune imperfection; c'est celui d'un enfant à terme, et même bien constitué. Quant à la tête, elle est le siège de nombreux vices de conformation ou arrêts de développements.

Le visage est d'une laideur extrême, il n'existe pas de front, le cuir chevelu commençant au-dessus des sourcils; et les globes oculaires sont gros et saillants.

Le nez est tellement aplati, qu'il ne forme pas le moindre saillie; les ailes, démesurément écartées, sont relevées en haut, de chaque côté, par une bride de peau très-mince et large d'un millimètre environ, qui va s'insérer au-dessus de l'arcade sourcilière, donnant ainsi à la figure une expression indescriptible. Ces brides sont libres dans tout leur trajet qui

est de 4 centimètres environ. Ajoutons à cela un bec-de-lièvre double, mais plus marqué à gauche qu'à droite.

La voûte crânienne n'existe pas; elle est remplacée par une membrane rouge très-vasculaire, non recouverte de cheveux, rompue à son centre et saignante sur les bords de la déchirure. Elle n'occupe que le sommet de la tête, parce qu'elle est circonscrite par une couronne de cuir chevelu.

En avant, le frontal cesse au-dessus de l'arcade sourcillière, il n'y a donc pas de front. En arrière, il n'y a pas de traces d'occipital; à sa place, une membrane assez résistante est étendue de l'un à l'autre pariétal, recouverte par le cuir chevelu de la nuque et donnant par l'écartement des pariétaux la sensation de la rigolle ou dépression que nous avons pu constater pendant l'accouchement. Les pariétaux eux-mêmes sont forts incomplets.

A l'intérieur de la cavité crânienne, on trouve une bouillie que l'on reconnaît aisément comme formée de sang et de matière cérébrale, occupant seulement le fond de la cavité, une partie du contenu s'étant sans doute écoulée pendant le travail. Au milieu de ce magma, il est impossible de distinguer à quelle portion de la substance cérébrale on a affaire.

Après avoir débarrassé la boîte crânienne de son contenu, à l'aide d'un léger filet d'eau, on observe un fait assez singulier: La moelle émergeant, non pas du trou occipital, puisqu'il n'y en a pas, mais du canal cervical, s'applique immédiatement sur la peau qui remplace l'occipital, lui adhère fortement, au moyen d'une membrane transparente dans le doublement de laquelle elle chemine, en s'effilant dans une hauteur de 1 centimètre et demi, pour se terminer par une extrémité filiforme. Cette membrane transparente n'est autre, pensons-nous, que la réunion des méninges rachidiennes, faisant suite aux méninges crâniennes.

A la colonne vertébrale, la moelle est absolument normale dans toute sa hauteur. Rien de particulier du côté des viscères. Les poumons n'ont pas respiré.

Ainsi qu'on peut le voir, ce cas est intéressant à plus d'un titre: la rareté relative du premier phénomène, l'embarras dans lequel il peut plonger l'accoucheur, obligé de faire le diagnostic; la terminaison de la moelle, absolument isolée et formant un système à part; enfin, la rupture spontanée de la poche, très-probablement, dès le début du travail, peut-être même, antérieurement, sous l'influence d'une cause inconnue.

Nous disons: rupture spontanée, parce que, ayant été seul appelé à voir cette malade, et aucune autre personne n'ayant pratiqué le toucher, nous avons la certitude que la poche n'a

pas été déchirée par une exploration inattentive. Du reste, l'extrême fétidité des eaux, produite certainement par le mélange du contenu de la poche, semble indiquer que cette rupture n'était pas très-récente.

M. PINARD. J'ai observé plusieurs faits analogues ; chaque fois, la mère avait présenté des syncopes au début de la grossesse, pendant les trois premiers mois.

**18. Sarcome pulsatile multiple de la fosse temporale gauche, du corps thyroïde et du sternum ;** par M. VALLERIAN, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'une malade atteinte de mélancolie, et qui était à la Salpêtrière, dans le service de M. Trélat depuis 1838. Elle est venue une première fois à l'infirmerie, service de M. Delens, du 24 mars au 17 avril 1874, afin d'être soignée pour deux tumeurs, l'une de la fosse temporale gauche, l'autre du lobe droit du corps thyroïde. Elle a pris à cette époque, pendant 15 jours et sans aucun résultat, de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 cent. par jour. La malade rentre à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. LE DENTU), le 16 juillet 1874. Voici son observation résumée.

*17 juillet.* La malade est maigre, a une teinte jaunâtre de toute la peau, elle s'est notablement affaiblie depuis trois mois. Surdité presque complète datant d'au moins une dizaine d'années. La malade comprend très-bien par signes ou aux mouvements des lèvres.

*Tumeur de la fosse temporale gauche.* Cette tumeur existe depuis plusieurs années, au dire des personnes qui approchent la malade ; elle a notablement augmenté depuis quelques mois. Elle s'étend de l'angle inférieur et interne de l'orbite, jusqu'au tragus ; ovale, aplatie, elle a le volume d'une grosse noix. Au niveau de la tumeur, la peau a sa coloration habituelle ; sous la peau, à 1 cent. en avant du tragus et parallèlement au grand axe de l'oreille, on remarque une petite artère flexueuse, du volume d'une grosse tête d'épingle. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt, et isochrones aux battements du pouls ; on y sent des mouvements d'expansion très-nets. A l'auscultation, bruit de souffle unique, doux, systolique.

La tumeur est molle, sans être fluctuante ; difficile à limiter, elle semble se continuer insensiblement avec les os voisins. On sent avec le doigt l'os de la pommette ; mais l'apophyse zygomatique du temporal semble détruite par la tumeur. La compression de la carotide primitive gauche diminue notablement les battements de la tumeur sans les abolir.



*Tumeur du cou.* Elle est placée à la partie inférieure du cou, droite, au-dessous et en dedans du sterno-cléido-mastoïdien; du volume d'un œuf de poule, et allongée transversalement; cette tumeur adhère au larynx, qu'elle suit dans ses mouvements; elle dépend du corps thyroïde. Elle est très-dure, bosselée, donne au doigt la sensation d'une masse calcaire, elle est soulevée par les battements de la carotide primitive droite. A son niveau, on perçoit un double bruit de souffle, l'un systolique assez fort et prolongé, l'autre diastolique bref, comme du côté opposé, au niveau de la carotide primitive gauche, on perçoit des bruits très analogues; on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur. Il y a 3 ans que pour la première fois on a remarqué l'existence de cette tumeur.

*Tumeur du sternum.* Cette tumeur s'est développée depuis le premier séjour de la malade dans le service, c'est-à-dire depuis 3 mois. Elle siège dans le sternum; surtout marquée à gauche, au niveau de la troisième côte, son volume est celui d'une grosse noisette; la peau qui la recouvre a sa coloration normale. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt et isochrones aux battements du pouls; on y perçoit nettement un mouvement d'expansion; la tumeur est irréductible. A cause du voisinage de la base du cœur, on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur.

*Poumons.* La malade respire avec quelque difficulté; râles sous-crépittants disséminés aux deux bases.

*Cœur.* Matité cardiaque augmentée; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon. A la pointe, souffle systolique assez fort; à la base, double bruit de souffle, l'un systolique fort, l'autre diastolique plus faible. Il n'y a ni faux pas, ni irrégularité du cœur.

*Tube digestif.* La malade mange fort peu; en revauche, elle accuse une soif continuelle; la langue est sèche et chargée. Il y a une paralysie du rectum.

*Organes génito-urinaires.* Le toucher vaginal est pratiqué et montre qu'il n'y a rien d'anormal. Paralysie de la vessie; on est obligé de sonder la malade régulièrement deux fois par jour. L'urine retirée est ammoniacale, très-chargée, brunâtre; précipité blanc abondant, par l'addition d'acide azotique. L'urine ne contient pas de sucre. Au microscope, on trouve une grande quantité de globules blancs, ainsi que des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien en grand nombre. Pas de cylindres provenant des tubes du rein.

*Membres.* La malade accuse des douleurs vives dans les deux bras, surtout le droit; affaiblissement très-net des deux

côtés, surtout à gauche. Paralyse presque complète des membres inférieurs; ici encore c'est le côté gauche qui est le plus atteint; la jambe repose sur sa face externe; le pied, tourné en dehors, repose également sur son bord externe. La *sensibilité*, sous toutes ses formes, semble intacte sur tous les points du corps.

A partir de la *fin de juillet*, les troubles de la miction augmentent; à la fin de chaque cathétérisme, qui est très-douloureux, il sort quelques gouttes de sang pur. L'urine est plus chargée que jamais et a une odeur fétide. L'état général s'aggrave: langue noire, très-chargée; fièvre continue; température oscillant entre 38° et 39°. Les tumeurs de la fosse temporale et du cou restent stationnaires; la tumeur du sternum augmente visiblement.

3 août. La malade meurt dans le marasme, avec une température très-élevée (39°,3). La dyspnée et la dysphagie étaient très-marquées ces jours-ci. Les trois tumeurs ont augmenté de volume d'une manière visible, mais en conservant les caractères décrits plus haut. L'état des membres n'avait pas changé. Jusqu'au dernier moment, la malade comprenait les signes qu'on lui faisait et pouvait y répondre.

AUTOPSIE le 5 août. Les deux poumons sont congestionnés en arrière, au niveau de leur bord postérieur. Bronchite chronique, emphysème du bord antérieur.

Le cœur est volumineux, flasque, gras; le muscle cardiaque est feuille-morte. La valvule mitrale est épaissie et présente des plaques scléreuses; la valve interne est remarquablement étroite; il y a un certain degré d'insuffisance de cette valvule. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, il y a des plaques calcaires; de plus, ces valvules sont fenêtrées, disposition congénitale sans doute, qui donnait lieu à un certain degré d'insuffisance aortique. Aucune lésion dans les orifices du cœur droit, — Aorte thoracique et abdominale parsemées de plaques calcaires.

L'estomac, l'intestin, la rate, le foie sont sains.

Les reins sont un peu gras; la muqueuse des bassinets est brunâtre; les *urétéres* ne sont pas dilatés, ils sont remplis, comme les bassinets, d'une urine grise, louche. *Vessie* volumineuse, à parois très-épaissies, mais ne présentant pas de lésion de la muqueuse. Aucune lésion de l'ovaire et de ses annexes.

*Tumeur de la fosse temporale gauche.* Cette tumeur est placée au-dessous du muscle temporal qu'elle soulève; du volume d'une grosse noix, elle se confond en arrière avec la portion écaillée du rocher, et cet os est très-probablement son point de départ. L'apophyse zygomatique du temporal a disparu au

milieu de la tumeur ; celle-ci a également détruit l'articulation temporo-maxillaire gauche ; il ne reste plus du condyle du maxillaire inférieur qu'une aiguille osseuse de la grosseur d'une allumette. En avant, la tumeur a détruit une notable partie de la grande aile du sphénoïde ; aussi s'avance-t-elle jusqu'à la paroi externe de l'orbite, qui est encore intacte.

En dedans et en haut, la tumeur fait saillie dans l'étagé moyen de la base du crâne du côté gauche ; l'enfoncement que l'on trouve normalement à ce niveau est en grand partie effacé. La dure-mère est placée directement sur la tumeur, à laquelle elle adhère ; elle présente, à sa face interne, quelques petites végétations du volume d'une tête d'épingle, qui ont la même structure que la grosse tumeur. Enfin, celle-ci fait saillie en dedans et en arrière dans l'intérieur du sinus sphénoïdal ; en avant et en dedans, on voit les organes qui passent par les trous ronds et ovale, organes qui devaient être comprimés pendant la vie (nous n'avons rien observé de particulier à ce sujet) ; le trou déchiré antérieur est respecté.

La corne sphénoïdale du cerveau est aplatie et refoulée en arrière par la tumeur ; du reste, elle n'est nullement altérée, pas plus que le reste de l'encéphale. Il nous semble juste de rapprocher cette compression, de l'affaiblissement très-net de tout le côté gauche du corps que présentait la malade pendant la vie. La tumeur elle-même est d'un gris-rougeâtre, molle, presque diffuente ; son aspect est le même dans tous ses points. Disons, afin de n'y plus revenir, que la tumeur du cou et celle du sternum ont absolument les mêmes caractères.

*Tumeur du cou.* Elle s'est développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, son volume est celui d'un œuf de poule ; prolongée en dehors et en haut, elle est revêtue dans presque toute son étendue, en avant, par une coque calcaire d'un millim. d'épaisseur. En arrière, la tumeur est placée directement sur les premiers anneaux de la trachée, qu'elle comprime visiblement. Le calibre de la trachée est diminué de près de moitié à cet endroit.

*Tumeur du sternum.* Du volume d'une noisette, elle est creusée dans l'épaisseur du sternum au niveau de la troisième côte. L'articulation costo-sternale de la troisième côte gauche est complètement détruite ; sur une coupe antéro-postérieure du sternum faite au niveau de la tumeur, on voit que cet os est profondément altéré, au voisinage de la néoplasie ; il a pris une teinte rougeâtre.

Nous avons examiné à l'état frais des fragments de ces trois tumeurs, et nous avons trouvé partout de petites cellules avec un gros noyau, assez régulières ; nulle part nous n'avons vu de plaques à noyaux multiples. Il s'agit donc ici d'un sar-

come multiple, très-vasculaire, ayant pu donner lieu, grâce à cette vascularisation, à des battements et à des bruits de souffle. C'est du reste le diagnostic qui avait été porté pendant la vie, par MM. Delens et Le Dentu.

**19. Examen histologique d'une ulcération de l'intestin ;** par  
M. CADIAT, interne des hôpitaux.

J'ai fait, depuis la dernière séance, des préparations d'ulcérations de fièvre typhoïde, et ce que j'ai vu me permet d'affirmer, avec plus d'assurance encore, ce que j'avais annoncé sur les caractères différentiels entre ces lésions et les lésions tuberculeuses : 1° Examinée dans son ensemble à un faible grossissement, la coupe de l'ulcère typhoïde montre que le follicule, bien que tuméfié, est resté isolé du reste de l'intestin ; on ne voit pas un piqueté produit par cette masse de noyaux couvrant tout, confondant toutes les parties.

2° On voit dans l'ulcère typhique de la matière amorphe entre les éléments des follicules, écartés les uns des autres, et une multiplication des éléments du follicule ; mais ce n'est pas, comme dans le tubercule, une production d'éléments étrangers, envahissant et le follicule et les parties avoisinantes. En dehors de la plaque de Peyer, dans le tissu sous-muqueux, dans le tissu musculaire de l'intestin, on ne voit pas ces noyaux que nous avons vus dans le tubercule.

En résumé, j'ai examiné comparativement par les mêmes procédés l'ulcère tuberculeux et l'ulcère typhique, et je trouve entre eux les différences les plus tranchées.

M. CHARCOT. Vous n'avez fait qu'une seule fois la comparaison. Il faudrait pouvoir la répéter, avant d'être aussi affirmatif.

M. CADIAT. Les caractères distinctifs me semblent aussi nets que possible, et en quelque sorte spécifiques.

**20. Sur l'érysipèle comme complication de la leucocythémie ;**  
par M. V. HANOT, interne des hôpitaux (1).

Dans ces dernières années, des études anatomo-pathologiques très-suivies ont défini clairement la nature des lésions de la peau dans l'érysipèle.

En 1866, M. Vulpian publiait dans les *Archives de Physiologie* un travail où il montrait qu'il n'y avait pas seulement dans

---

(1) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

l'érysipèle une simple congestion du derme avec exsudation séreuse, mais qu'on y observait encore une infiltration du derme par un grand nombre de globules blancs.

Quelques mois après, paraissait (*Centralblatt*, août 1866) le mémoire de MM. Volkmann et Steudner qui firent également de cette infiltration du derme par les globules blancs émigrés des vaisseaux, la lésion fondamentale de l'érysipèle.

Dans ses importantes recherches sur cette question, M. J. Renaut (*Archives de Physiologie*, 1873, et *Thèse* de Paris, 1874) est arrivé à la même conclusion, en ajoutant toutefois à l'infiltration des globules blancs, la prolifération des cellules fixés du derme, lésion qui avait échappé aux auteurs précédents.

« Le premier fait qu'on observe est l'infiltration de la peau par les globules blancs signalée par M. Vulpian et par MM. Volkmann et Steudner. Comme ces derniers l'ont fait remarquer avec raison, cette infiltration se fait d'abord le long des vaisseaux sanguins, qui sont eux-mêmes dilatés et forment une belle injection naturelle. Au début de l'érysipèle ou sur un point situé à la limite de l'éruption, les îlots de globules blancs ne se trouvent même qu'autour des ramifications vasculaires..... Sur les points où l'érysipèle offre une grande intensité, l'infiltration de globules blancs cesse d'être limitée au pourtour des vaisseaux sanguins. Elle a lieu dans tout le derme..... En ce qui concerne l'origine des globules blancs, nous adopterons la théorie de Cohnheim qui paraît en effet la plus vraisemblable. M. Malassez, en démontrant qu'au début de l'érysipèle, le nombre absolu des globules blancs diminue dans le sang, a produit un argument de plus en faveur de l'idée de la diapédèse » (J. Renaut. *Thèse*).

On sait d'autre part que, dans la leucocythémie à une période avancée, les capillaires sanguins sont gorgés de globules blancs, et les études de Ranvier et Ollivier (*Société de Biologie*, 1866; *Archives de Physiologie*, 1869); et de Klebs (*Anatomie pathologique*), ont montré ces globules blancs s'épanchant à un moment donné, en dehors de ces vaisseaux et infiltrant plus ou moins les parenchymes, le foie, le rein par exemple. Il n'est point douteux qu'il doive en être de même pour la peau, et que le derme se trouve constamment en imminence d'infiltration par les globules blancs.

En rapprochant ces diverses données, il vient naturellement à la pensée que l'érysipèle compliquera souvent la leucocythémie, et que les moindres causes occasionnelles suffiront pour le produire. Et cependant, quand on parcourt les diverses observations de leucocythémie, il ne semble pas que cette déduction si rationnelle soit confirmée par les faits : dans tous ces cas, il n'est guère question d'érysipèle.

L'absence complète de l'érysipèle, dans ces circonstances, m'a d'autant plus étonné, que chez trois leucocythémiques observés à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Bucquoy, l'érysipèle spontané est survenu comme une grave complication, ainsi qu'on va le voir. Deux de ces malades ont succombé en quelques jours à un érysipèle qui parti, sans le moindre traumatisme préalable, de la face et du cou, a rapidement envahi la presque totalité du tronc. Dans un troisième cas, chez une femme, l'érysipèle né dans les mêmes circonstances n'entraîna point la mort, mais fut loin cependant d'être sans gravité.

Voici d'ailleurs le résumé de ces trois observations.

OBSERVATION I. — Tiers, Célestine, 47 ans, journalière, entrée le 10 août 1874 à l'hôpital Cochin (Service du Dr Bucquoy). Rien d'intéressant à noter ni dans les ascendants ni dans les antécédents.

Cette femme n'avait jamais fait de maladie sérieuse; elle n'a pas eu d'enfant. Environ trois mois avant d'entrer à l'hôpital, elle commença à remarquer que des tumeurs se formaient dans les deux aines; puis, presque en même temps, dans les creux sus-claviculaires. Un mois plus tard, les jambes s'œdématisèrent. Les forces ont été diminuant petit-à-petit; l'ouïe s'est amoindrie insensiblement, et aujourd'hui la malade est presque complètement sourde.

A son entrée à l'hôpital, teinte mate du tégument; pas de maigreur; œdème notable des deux membres inférieurs. Masses ganglionnaires très-développées dans les aines, dans les régions parotidiennes, les triangles sus-claviculaires et dans les aisselles. La malade se plaint surtout de dyspnée qui parfois se présente sous forme de véritables accès de suffocation. Dans les deux poumons, respiration faible: point d'autres signes à l'auscultation. Rien au cœur.

Pendant la première quinzaine de son séjour à l'hôpital, la malade a été prise presque tous les jours d'un ou deux accès fébriles, durant jusqu'à trois ou quatre heures, à marche d'ailleurs irrégulière. Ces accès débutaient par des frissons intenses et prolongés; la température atteignait 39° et 40°. Pendant l'accès, la dyspnée devenait excessive, et s'accompagnait souvent de vomissements. A plusieurs reprises, diarrhée abondante.

30 août. Fièvre intense, vomissements, langue un peu sèche; agitation.

31 août. Le tégument qui recouvre la masse ganglionnaire de la région parotidienne droite est rouge et tuméfié.

1<sup>er</sup> septembre. La joue droite, une grande partie du cou pré-

sentent la même rougeur et la même tuméfaction. Vomissements; langue sèche; prostration.

2 septembre. L'érysipèle a envahi la partie supérieure du tronc à droite. Subdélire.

5 septembre. L'érysipèle ne s'est plus étendu, la fièvre a diminué, la langue est moins sèche, le délire a disparu.

10 septembre. L'érysipèle est en pleine desquamation, l'appétit est revenu. La malade se lève quelques instants dans la journée.

Dans la seconde quinzaine de septembre, les accès fébriles se reproduisent presque continuellement, avec les mêmes caractères indiqués plus haut; c'est-à-peine s'il y a quelques jours d'apyrexie. Diarrhée constante; vomissements fréquents, amaigrissement rapide. Depuis le 12 septembre, teinte ictérique généralisée, léger œdème des deux bras.

L'état s'aggrave de plus en plus; fièvre continue; fuliginosités sur les dents et les lèvres; prostration; la malade succombe le 26 septembre.

AUTOPSIE. Les masses ganglionnaires des aines et des aisselles sont enlevées: elles sont constituées par des ganglions dont le volume varie de celui d'une petite noisette au volume d'une noix; sur la coupe, leur tissu est gris-pâle ou gris-rougeâtre; il ne présente pas de lésions caséuses. Ganglions bronchiques peu développés. Ganglions mésentériques formant une masse qui atteint environ le volume de la tête d'un fœtus de six mois. Nombreux ganglions à la face inférieure du foie; leur masse comprime évidemment tous les organes du hile, vaisseaux et conduits biliaires.

Le foie est volumineux, il pèse 2,600 gram.; toute sa substance est teinte en jaune verdâtre foncé. Sur de nombreuses coupes, on trouve, près de la périphérie de l'organe, des taches rouge vif, circulaires, de 5 millimètres environ de diamètre, très-rapprochées les unes des autres. Vésicule pleine de bile; pas de calculs. Sur la convexité de l'organe, nombreuses néo-membranes péritonitiques qui font adhérer le foie au diaphragme, à l'estomac et à l'intestin grêle; quand on veut le séparer de ces parties, les néo-membranes s'étirent en filaments blanchâtres. La rate, volumineuse, pèse 640 gram; sur toute sa périphérie, mêmes néo-membranes péritonitiques l'unissant au diaphragme et aux anses intestinales voisines.— Le rein droit pèse 165 gram., le rein gauche 130 gram.

Dans la cavité péritonéale, quantité considérable de sérosité verdâtre. Poumons emphysémateux et congestionnés. Le cœur pèse 240 gram. et ne présente pas de lésions valvulaires. Rien d'important à noter pour les centres nerveux.

OBSERVATION II. — Candillon, Prudent, 44 ans, palefrenier.

entré le 12 septembre 1874 à l'hôpital Cochin, service du D Bucquoy. Cet homme vient de l'hôpital du Midi où il a été soigné par le Dr Mauriac, qui a bien voulu nous communiquer les notes prises sur ce malade ; en voici le résumé : En 1866, rhumatisme articulaire très-grave. Constitution robuste ; bonne santé habituelle. En février 1874, blennorrhagie. Un mois ou 6 semaines après, végétations sur la muqueuse préputiale, sans chancre ni suppuration. Vers le milieu de mai, les ganglions de l'aîne commencèrent à gonfler et acquirent bientôt les dimensions d'un gros œuf.

Presque en même temps, développement d'une adénopathie semblable dans les aisselles, les parties latérales du cou, derrière la branche montante du maxillaire supérieur et l'apophyse mastoïde. Le 8 août, il est entré à l'hôpital du Midi.

25 août. Œdème des bourses, de la verge et des extrémités inférieures. Les tumeurs ganglionnaires augmentent considérablement. Bientôt ascite notable ; développement anormal de la rate. Rien dans les poumons ; bruits du cœur normaux. Teinte pain d'épice de la peau. Appétit conservé.

Un peu plus tard, gêne très-grande de la respiration ; le malade ne peut plus descendre au jardin. Le sang ne présente rien d'anormal au microscope ; pas de modifications pathologiques de l'urine. C'est dans cet état que le malade arrive à l'hôpital Cochin, le 12 septembre 1874.

23 septembre. Fièvre ; anorexie ; envies de vomir ; dyspnée plus grande. Rougeur et tuméfaction de la peau qui recouvre les masses ganglionnaires du côté droit du cou. T. 40°, 4.

25 septembre. Rougeur et tuméfaction de la partie latérale droite du thorax ; vomissements ; constipation. T. 41°

26 septembre. L'érysipèle s'étend jusqu'à la cuisse droite ; agitation. T. 41°, 3.

27 septembre. Délire pendant la nuit : le malade parle de chevaux, de vin, etc. T. 41° 2. Langue sèche.

28 septembre. Le délire continue avec hallucinations. L'érysipèle a envahi tout le tronc et la presque totalité des membres inférieurs. T. 39°, 2. Le malade succombe pendant la nuit.

L'examen du sang avait été fait le 20 septembre par le Dr Malassez qui avait obtenu les résultats suivants : Globules rouges 2 940.000 par millimètre cube. — Globules blancs 35.000. — Diamètre des globules blancs 5 à 8  $\mu$ . Le sang contenait donc 6 fois plus de globules blancs et 2 fois moins de globules rouges qu'à l'état normal.

AUTOPSIE. Pas de lésions de l'encéphale appréciables à l'œil nu : en plusieurs points de la substance blanche des circonvolutions, taches rouges du volume d'une tête d'épingle.



Poumons congestionnés. Le cœur pèse 315 grammes, sans lésions valvulaires. Le foie a une teinte rouge, jaunâtre; il est volumineux, et pèse 2.070 gr. La rate également très-hypertrophiée, diffuente, pèse 670 gr. Le rein droit pèse 240 gr., le rein gauche 215 gr.

Sur la coupe de ces organes, nombreuses ecchymoses dans la substance corticale, principalement à la base des pyramides. Pas de lésions apparentes à l'œil nu, sur la membrane muqueuse gastro intestinale.

Ganglions péri-trachéaux et péri-bronchiques moyennement hypertrophiés, ramollis, noirâtres. On dirait de petites vessies remplies d'encre. Ganglions du mésentère considérablement augmentés de nombre et de volume. Il en est qui ont jusqu'au volume d'un œuf de pigeon. Ganglions des fosses iliaques très-développés et comprimant les veines iliaques; même hypertrophie des ganglions des aines, des aisselles, des creux sus-claviculaires. Le tissu de tous les ganglions est fibroïde, grisâtre ou rosé. Sérosité louche assez abondante dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION III. — Peyrève, Louis, 56 ans, champignoniste entré le 13 octobre 1874, à l'hôpital Cochin, service du Dr Bucquoy.

Cet homme, d'une constitution robuste, n'avait jamais fait de maladie sérieuse; toutefois, dans ces dernières années, il s'enrhumait souvent, ce qu'il attribue aux exigences de sa profession; depuis quelques mois, sa respiration était devenue courte, comme il dit, difficile; ses forces avaient sensiblement diminué. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, il tomba malade: toux; dyspnée; fièvre; quelques jours après, il fut obligé d'abandonner son ouvrage. Malgré les soins qu'il a reçus, il ne s'est point rétabli.

Au niveau du tiers inférieur du thorax, à gauche et en arrière, matité, absence complète du murmure vésiculaire et des vibrations. Dans tout le poumon droit, râles sibilants et quelques râles sous-crépitants irrégulièrement disséminés. Craquements muqueux. Peu de dyspnée; apyrexie; appétit.

17 octobre. L'épanchement thoracique est le même. Large vésicaloire à la partie inférieure du thorax et en arrière.

19 octobre. Envies de vomir; anorexie, fièvre. Le malade se plaint de souffrir du ventre qui est ballonné: on y constate également une ascite notable. Peyrève dit que depuis quelque temps déjà, il a remarqué que son ventre a augmenté de volume et qu'il boutonnait difficilement son pantalon.

20 octobre. La fièvre augmente.

22 octobre. Rougeur et tuméfaction de la joue gauche. Fièvre intense.

23 octobre. La rougeur et la tuméfaction ont envahi le cou et la partie supérieure du tronc à gauche. Quelques phlyctènes sur le nez, les lèvres et la joue; quelques vomissements.

24 octobre. L'érysipèle s'est étendu à toute la partie postérieure du tronc; langue sèche; fièvre intense; subdélire; dyspnée intense; vomissements répétés.

25 octobre. Mort dans la matinée.

AUTOPSIE. — Dans la cavité pleurale gauche, un demi-litre environ de sérosité louche : pas de modifications appréciables à l'œil nu des feuillets pleuraux. Congestion des deux poumons. Autour de la bifurcation de la trachée et des deux bronches, chapelet de ganglions peu hypertrophiés, noirâtres et assez mollasses.

Cœur flasque, pesant 320 gram. sans lésions valvulaires. Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte, plusieurs petites pustules d'endartérite, saillantes sur la tunique interne du vaisseau fortement imbibée par la matière colorante du sang. Dans les cavités cardiaques, caillots grisâtres. Foie très-volumineux, 2.640 gram. Ganglions lymphatiques du hile hypertrophiés. Rate, 620 gram.; plusieurs plaques épaisses de 0.004 environ; plaque cartilagineuse de péri-splénite; ganglions du hile hypertrophiés.

Rein droit 250 gram.; rein gauche 275 gram. Légère adhérence de la capsule à la substance corticale : sur la coupe, nombreuses ecchymoses, du volume d'une tête d'épingle environ, dans la substance corticale et principalement à la base des pyramides.

Dans le mésentère, masse du volume d'une tête de fœtus à terme, composée de ganglions dont quelques uns ont jusqu'au volume d'une pomme d'api. Sur les replis du mésentère et jusque sur les anses intestinales, on trouve comme un véritable semis de petits ganglions rosés qui ont au maximum le volume d'une noisette; quelques-uns ne dépassent pas le volume d'un pois. Dans la cavité péritonéale, un ou deux litres de sérosité louche.

Dans les deux aisselles, masses de ganglions lymphatiques grosses comme un poing d'adulte. Aux aines, le triangle de Scarpa est comblé de ganglions lymphatiques. Pas de développement anormal des ganglions cervicaux.

Comme on le voit, j'ai eu l'occasion d'observer en 3 mois, trois cas de leucocythémie. Dans deux de ces cas, la mort est survenue par érysipèle; dans le troisième cas, on a observé aussi un érysipèle des plus graves.

En rapprochant les lésions de l'érysipèle des lésions de la leucocythémie, je suis fortement porté à admettre qu'il n'y a

pas eu la simple coïncidence, mais bien une véritable complication préparée par l'état même du système lymphatique chez les leucocythémiques.

---

*Séance du 20 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**21. Arthrite sèche suppurée ;** par M. G. SAINTE-MARIE,  
interne provisoire.

Le 7 octobre 1874, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. DUPLAY) le nommé Ranvier (Jean), âgé de 40 ans. Depuis un an, cet homme est atteint de douleurs ayant leur siège dans la hanche gauche et s'irradiant dans la cuisse du même côté. Le malade a cependant continué l'exercice de sa profession de bosseleur jusqu'à il y a trois mois, époque à laquelle il dut entrer dans un service de médecine. A dater de ce temps, s'est manifesté un gonflement notable de la région trochantérienne gauche.

A son entrée dans les salles de chirurgie, on observe une flexion de la cuisse sur le bassin avec légère rotation en dehors. La région de la hanche est considérablement tuméfiée, surtout vers la face externe. On constate, en effet, l'existence d'une vaste tumeur fluctuante, occupant les régions trochantérienne et fessière gauches, avec propagation vers le pli de l'aîne. L'articulation communique manifestement avec la tumeur. La hanche est en outre le siège de frottements très-marqués dans les mouvements spontanés ou provoqués. On recherche avec soin les commémoratifs; pas de maladies antécédentes; les poumons paraissent sains.

Le 10 octobre, on ponctionne la tumeur avec le trocart-aspirateur et l'on évacue 200 grammes, environ, d'un pus séreux, jaunâtre, analogue, par sa coloration, au café au lait.

Le 16, la collection s'est reproduite. On se décide à chloroformiser le malade, pour passer un drain dans la tumeur, et remettre le membre dans une attitude convenable.

Le 3 novembre, on constate un œdème considérable du membre inférieur gauche et de la paroi abdominale. Les ori-

fices qui donnent passage au tube à drainage sont taillés à pic, ulcérés. Le liquide qui s'écoule possède une odeur gangréneuse; il est sanieux, grisâtre.

Le 4, l'état général est très grave, fièvre, frissons, et mort dans la nuit.

**AUTOPSIE.** On rencontre, dans la fosse iliaque gauche, une nappe de pus qui communique avec l'articulation de la hanche, par la gaine du psoas. Le périoste et l'os coxal sont absolument sains. Au-dessous du moyen fessier, et enfin au devant de l'obturateur externe, on rencontre encore des collections purulentes qui communiquent avec l'articulation par de larges perforations de la capsule. La cavité cotyloïde est profondément altérée, elle est augmentée de capacité, élargie. La tête fémorale, en revanche, est diminuée de volume, elle est déformée, rugueuse, bosselée. Le ligament rond, le cartilage articulaire ont disparu. La surface osseuse est nécrosée.

Les lésions viscérales sont insignifiantes. Il existe seulement quelques tubercules crétacés au sommet du poumon droit.

**M. VERNEUIL.** Existait-il des craquements dans d'autres articulations ?

**M. SAINTE-MARIE.** On n'a rien constaté de semblable.

**M. VERNEUIL.** Ce renseignement est fort important, car le fait d'une arthrite sèche limitée, et arrivant à la suppuration est tout-à-fait extraordinaire. J'avoue du reste que je ne retrouve pas là les caractères habituels de l'arthrite sèche; cette maladie ne détermine pas une usure aussi considérable que celle que nous voyons ici, et par contre, elle produit toujours des stalactites autour de l'os malade. Je crois donc qu'il s'agit ici bien plutôt d'une ostéite, et j'engage M. le présentateur à comparer cette pièce avec celles qui existent au musée Dupuytren.

**M. CHARCOT.** Il aurait été intéressant de faire l'examen de la moelle épinière; cette lésion présente en effet la plus grande analogie avec l'arthropathie des ataxiques, et comme je l'ai dit bien des fois, l'ataxie locomotrice peut parfaitement passer inaperçue.

**M. HOUËL.** Je n'hésite pas à voir dans la pièce qui vous est présentée, un exemple de carie; nous trouvons en effet, comme dans la carie, une usure de la tête et une augmentation de la cavité cotyloïde. Les apparences sont toutes différentes dans

l'arthrite sèche, ainsi que j'ai pu le constater dans la révision que je faisais, ces jours-ci, des pièces du Musée.

Quant à l'arthrite sèche des ataxiques, décrite par M. Charcot, elle présente certainement de l'analogie, mais n'est pas identique avec l'arthrite sèche vraie. Dans cette dernière, la lésion ne dépasse pas l'insertion des ligaments; en dehors de ceux-ci l'os est normal; il se défend en quelque sorte, et l'on trouve des stalactites qui peuvent même, ainsi qu'on le voit sur une pièce présentée par M. Barth, envahir les muscles dans une certaine étendue. Dans l'ataxie, au contraire, la lésion se propage dans l'os lui-même; il se fait une ostéite qui se généralise.

M. CHARCOT. Je suis très-content de ce que vient de dire M. Houel. Lorsque j'ai décrit l'arthropathie des ataxiques, on m'a objecté que c'était une arthrite sèche vulgaire. Il me semblait pourtant y trouver quelque chose de spécial, et en particulier l'usure considérable et l'absence de stalactites; les observations de M. Houel viennent donc à l'appui de mon opinion.

## 22. Tuberculisation des organes génito-urinaux ;

par M. CUFFER, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 65 ans, entré, il y a quatre mois, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 2, service de M. GOSSELIN, se plaignait, depuis un an environ, de douleurs sourdes dans les deux testicules. Ces douleurs ne l'avaient jamais gêné au point d'interrompre son travail, lorsque, il y a quatre mois, il commença à éprouver de la difficulté pour uriner et pour aller à la selle. Les besoins d'uriner devinrent assez fréquents et s'accompagnèrent, par moments, de dysurie. Pas d'hématurie, pas de pus dans les urines, pas d'écoulement par le canal de l'urèthre, en dehors de la miction. La défécation s'accompagna également de douleurs, parfois assez vives.

Dès son entrée à l'hôpital, on constata une tuméfaction notable des deux testicules. Le gonflement intéressait principalement l'épididyme. On reconnut aussi, par le toucher rectal, que la prostate et les vésicules séminales étaient volumineuses et bosselées.

Au début, la pression exercée sur ces divers organes, était peu douloureuse. Mais peu à peu les douleurs devinrent plus vives, surtout à la pression; les bosselures, dont nous venons de parler, principalement celles de la prostate et des vésicules séminales, se ramollirent en certains points; celles des tu-

meurs testiculaires conservèrent un peu plus longtemps leur consistance initiale, mais il y a deux mois, le ramollissement de ces dernières devint manifeste. Il n'y eut pas d'épanchement dans la tunique vaginale. Les enveloppes du scrotum restèrent intactes jusqu'à la fin.

Le début de l'affection par l'épididyme, son extension aux vésicules séminales et à la prostate, les troubles de la miction et de la défécation, l'apparition de tumeurs bosselées, dures au début et se ramollissant progressivement, l'absence d'hydrocèle vaginale, permirent de diagnostiquer sûrement une tuberculisation généralisée des organes génitaux.

L'examen du poumon ne fit constater, dès le début, aucune altération de nature tuberculeuse. Mais le malade ayant eu, depuis quatre ans, plusieurs pleurésies, présentant aux deux sommets quelques frottements pleuraux et des signes d'emphysème des deux poumons, on pouvait admettre que la tuberculose des organes génitaux n'avait été que secondaire. Cependant, ainsi que l'autopsie l'a montré, les granulations tuberculeuses, trouvées dans les poumons, étaient de date beaucoup plus récente : elles se sont évidemment développées consécutivement à la tuberculose des organes génitaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade perdit ses forces, sa santé s'altéra progressivement, il fut pris de sueurs nocturnes très-abondantes, d'accès de fièvre tous les soirs ; l'amaigrissement se prononça de plus en plus ; enfin quinze jours avant la mort, qui arriva le 14 novembre, il présenta des signes de tuberculose pulmonaire.

A L'AUTOPSIE, on trouva les deux poumons emphysémateux, farcis de granulations grises, demi-transparentes ; mais en aucun point il n'y avait de traces de tuberculose ancienne. Les plèvres présentaient de nombreuses adhérences, principalement aux deux sommets. L'intestin était parfaitement sain.

Mais l'examen des organes génito-urinaires fit découvrir des lésions intéressantes, dont les unes, celles des organes génitaux, avaient été diagnostiquées pendant la vie, dont les autres, celles des voies urinaires, avaient passé inaperçues.

Les deux testicules sont déformés, comprimés par les masses caséeuses des épидидymes. Ils présentent de nombreuses granulations tuberculeuses, très-volumineuses, et disposées le long des cloisons du testicule. Une partie du testicule est saine. Les deux épидидymes sont entièrement remplis de masses caséeuses, séparées les unes des autres, ramollies en certains points ; on remarque en outre une caverne en voie de formation au niveau de la tête.

La prostate et les vésicules séminales sont converties en une bouillie de matière tuberculeuse ramollie. Les enveloppes de

ces organes sont saines extérieurement, mais elles sont très-épaissies. Les reins, les uretères, la muqueuse urétrale ne présentent aucune altération.

La *muqueuse de la vessie* présente au contraire des lésions très-intéressantes. On trouve au *bas-fonds* de la vessie *cinq* ulcérations, dont une de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, arrondies, saillantes, taillées à pic, à base indurée. Le fond est granuleux, grisâtre, la périphérie est rouge et contient de nombreux vaisseaux parfaitement visibles. Le *sommet de la vessie* présente également *quatre* ulcérations plus larges que les précédentes, et offrant le même aspect. On en voit *trois* sur la face postérieure.

L'*examen histologique* fait par M. CADIAT a montré que les lésions vésicales sont de nature tuberculeuse. On voit en effet au niveau des ulcérations, des quantités considérables de noyaux agglomérés en certains points, et présentant l'aspect des ulcérations tuberculeuses en général.

**23. Polype de l'utérus ;** par M. HEYDENREICH, interne des hôpitaux.

Boux, Hortense, mariée, âgée de 49 ans, entra le 16 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. RICHET. Elle était atteinte d'une métrorrhagie, qu'elle attribuait à une violente émotion, et qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître. Pendant un séjour de deux mois à l'hôpital, elle ne présente plus, à partir de ce moment, que les symptômes d'une métrite avec mouvement fébrile. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum font constater que le col de l'utérus est rouge et volumineux ; le 6 novembre, le col est cautérisé au fer rouge. L'écoulement menstruel, qui était survenu sans accident vers le milieu du mois d'octobre, reparait le 14 novembre, sans que son apparition soit signalée par aucun phénomène morbide.

Mais subitement le 17 novembre, dans la journée, la malade est prise de péritonite; et elle succombe le lendemain 18 novembre, à 7 heures du soir.

A l'AUTOPSIE, nous trouvons les lésions d'une péritonite suppurée de la moitié inférieure de l'abdomen. Les trompes de Fallope sont remplies de pus, et celui-ci reflue par la pression dans la cavité utérine. A l'extrémité externe de la trompe droite, siège un kyste rempli de pus et communiquant avec la trompe. L'ovaire gauche est petit, atrophié; l'ovaire droit, au contraire, présente tous les signes d'une fonte récente. Quant à l'utérus, il porte, à l'angle supérieur du côté droit, un petit corps fibreux du volume d'une noisette, faisant saillie à l'extérieur. Les parois de la matrice ont leur épaisseur

normale; la muqueuse est rouge et recouverte d'un enduit mucopurulent. Enfin, du fond de la cavité utérine, se détache, à droite, un polype, qui descend jusqu'à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur du col; ce polype, de forme allongée, de couleur noirâtre, de consistance molle, et éminemment vasculaire, est un polype muqueux, de la variété cellulo-vasculaire.

**M. ORY.** Avait-on appliqué l'hystéromètre ?

**M. HEYDENREICH.** Jamais; on avait seulement pratiqué le toucher à plusieurs reprises, et une fois l'examen au spéculum. Il y avait eu, en outre, 20 jours avant le développement de la péritonite, une cautérisation du col au fer rouge.

**24. Lymphangite pulmonaire et péritonite dans l'érysipèle :**  
par M. CADIAT, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'un sujet mort d'érysipèle. Il n'est resté que deux jours dans nos salles (service de M. PROUST), à l'hôpital Saint-Antoine, et pendant ce temps voici ce que nous avons observé :

L'érysipèle, d'après les quelques renseignements que nous avons pu obtenir, avait primitivement envahi la tête; on voyait encore à ce moment, sur toute la face et sur le cou, une desquamation épidermique abondante et un peu de rougeur. Néanmoins nous avons trouvé sur le bras gauche une plaie de vésicatoire qui aurait bien pu être le point de départ de la maladie. Tout le dos, la partie inférieure du cou, les épaules, les bras, jusqu'à leur partie moyenne, la région lombaire, avaient la teinte rouge vif de l'érysipèle, qui s'arrêtait sur les parties latérales de l'abdomen. Le lendemain, la peau de cette région fut elle-même envahie.

Le malade éprouvait une dyspnée assez forte, et l'examen de la poitrine nous montra une matité très accusée à la base du poumon droit, accompagnée de souffle et de quelques râles fins. A ces symptômes, se joignait une fièvre vive et un peu de délire; la langue était sèche, fuligineuse: tels furent les seuls phénomènes observés; mais à aucun moment, le malade ne se plaignit de l'abdomen, rien ne révélait l'existence d'une péritonite. Les seules complications viscérales auxquelles on pouvait s'attendre étaient du côté du poumon.

Voici par contre les résultats de l'AUTOPSIE : 1° Il existe une péritonite généralisée des plus intenses. Les circonvolutions intestinales sont couvertes de fausses-membranes fibrineuses, molles, jaunâtres, imbibées de liquide, qui réunissent entre



aux tous les organes de l'abdomen. Le petit bassin est rempli d'un liquide blanc, tout-à-fait semblable à du pus.

2° Les poumons sont fortement congestionnés, surtout au niveau des lobes inférieurs; celui de droite est le siège d'une véritable pneumonie, mais d'une pneumonie comme celle qui est si commune chez les enfants, c'est de la carnification du poumon; tout le lobe inférieur est envahi par cette altération.

On remarque en outre, sous la plèvre, une lésion des plus intéressantes et que j'ai cherché à reproduire dans un dessin. C'est une *lymphangite* suppurée, s'étendant à tout ce lobe, mais limité jusqu'ici aux vaisseaux de la surface. Ces vaisseaux, injectés de pus, apparaissent sous la forme de cordons blancs, larges de 2 à 3 millim. et recouverts d'arborisations rouges. Le liquide qu'ils renferment est du pus crémeux. Dans la profondeur du poumon, on ne rencontre çà et là que quelques points ayant le même aspect et indiquant aussi une lymphangite profonde, mais beaucoup moins étendue.

Nous avons examiné les ganglions du médiastin postérieur, le canal thoracique, et de ce côté, nous n'avons rencontré aucune suppuration indiquant le chemin que l'inflammation aurait pu suivre, pour venir atteindre les lymphatiques du poumon. La même recherche a été faite en différents points de l'abdomen. Il y a lieu de supposer qu'une lymphangite avait accompagné la péritonite, mais au milieu de cette masse de pus, de fausses membranes, la recherche des lymphatiques étant encore rendue plus difficile par la présence d'une graisse abondante, nous n'avons rien trouvé de semblable.

M. TROISIER. Je demanderai à M. Cadiat si la plèvre pariétale était couverte d'un exsudat, et quelle relation il croit pouvoir établir entre la lésion pulmonaire et pleurale, et l'érysipèle.

M. CADIAT. Il existait sur la plèvre pariétale un très-léger exsudat. A la seconde question de M. Troisier, je répondrai que, pour moi, la lymphangite pulmonaire n'est pas une simple coïncidence de hasard. Bien que je n'aie pu constater ici la relation anatomique entre l'érysipèle du tronc et la lymphangite pulmonaire, je crois que cette relation existe; les phénomènes me semblent pouvoir être comparés à ce qui a lieu dans l'érysipèle des membres, où j'ai plus d'une fois constaté une suppuration des lymphatiques profonds.

M. DESPAYS. Je ne puis partager l'avis de M. Cadiat, tant

qu'il n'aura pas montré les voies par lesquelles a passé le pus. Lorsque les malades atteints d'érysipèle viennent à succomber, et le fait est rare, quoi qu'on dise généralement le contraire), la mort résulte d'une infection purulente ou bien de suppuration des lymphatiques profonds, ou même du canal thoracique. J'ai observé ce fait chez une femme qui avait présenté, dans le cours d'un érysipèle, des symptômes graves et en particulier une suppuration de l'œil; elle succomba quelque temps après, avec des phénomènes d'hecticité, et l'on ne trouva rien autre chose qu'une trainée blanchâtre sur le trajet du canal thoracique; ce canal était gros comme une plume de corbeau et rempli de pus. Des faits analogues à celui-ci montrent donc que le pus peut être transporté jusqu'au canal thoracique, parfois même sans passer par les ganglions, et probablement par des canaux de dérivation. Lorsque les enfants succombent dans le cours d'un érysipèle consécutif à la chute du cordon, on trouve généralement une péritonite, et l'on conçoit facilement comment elle s'est développée. Il existe, en effet, au voisinage de l'ombilic, de gros lymphatiques, parfois variqueux, ainsi que j'en ai présenté un cas à l'Académie de médecine. Ces lymphatiques, très-manifestes chez l'enfant, ne se voient guère chez l'adulte; quelquefois cependant on les retrouve encore. Mais dans le cas rapporté par M. Cadiat, on ne s'explique pas quelle voie a pu suivre le pus. Il me paraît bien plus rationnel d'admettre que le malade a eu, dans le cours de son érysipèle, une pneumonie, et que c'est à cette pneumonie que l'on doit rapporter la lymphangite, au lieu de la rattacher à l'érysipèle.

M. CADIAT. La lésion du poumon était peu marquée, et tout à fait accessoire. C'était moins une pneumonie véritable qu'une congestion pulmonaire. Du reste, j'ai rappelé à propos de ce fait, des cas de lymphangites profondes consécutives à l'érysipèle des membres; or, dans ces cas non plus, je n'ai pas toujours trouvé la relation anatomique; je l'ai constatée très-souvent, mais d'autres fois mes recherches ont été infructueuses; malgré cela, il me semble qu'on peut l'admettre d'une façon générale.

M. CHARCOT. Chez les animaux on a constaté, de la façon la plus nette, une communication entre la cavité abdominale et la plèvre. On conçoit donc parfaitement que, consécutivement à une affection du péritoine, il se développe une lésion analogue

sur la plèvre, puis dans les lymphatiques du poumon. Le fait a d'ailleurs été observé plus d'une fois.

M. DESPRÉS. Je veux bien admettre une péritonite consécutive à l'érysipèle, mais à condition qu'on me montre les lymphatiques par lesquels s'est faite la propagation ; et pour la lymphangite pulmonaire, voici encore une fois comment je l'explique : Engorgement métastatique du poumon, puis pneumonie, et consécutivement lymphangite.

**25. Récidive de cause interne (*Phthisis aigue*) d'une ancienne affection osseuse ;** par M. Samuel Pozzi, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Colle, serrurier, âgé de 46 ans, entre le 15 septembre 1874, dans le service du Dr VERNEUIL, à la Pitié, pour un gonflement douloureux de la cuisse droite. Cet homme raconte qu'à l'âge de 12 ans, il a fait une grave maladie, ayant duré plusieurs mois et occasionné un abcès au-dessus du genou droit. En ce point, existe une cicatrice déprimée, adhérente au fémur ; celui-ci présente une hyperostose considérable.

Cette ostéite épiphysaire guérit complètement, sans raccourcissement du membre, et la claudication qui suivit la convalescence se dissipa elle-même dans la suite. Le malade demeura *trente-deux ans* parfaitement bien portant, sans jamais ressentir de douleurs au niveau de son ancienne lésion ; la jambe droite était seulement un peu moins vigoureuse que la gauche. Il n'y a pas d'atrophie musculaire sensible.

Il y a huit jours, en faisant un exercice violent, le malade ressentit dans la fesse droite une vive douleur qui s'irradia bientôt dans la cuisse. Au lieu de se dissiper, la souffrance alla en augmentant, il dut cesser de travailler et se résoudre à entrer à l'hôpital. Nous devons joindre, à ces commémoratifs, un fait auquel le malade porte peu d'attention, mais qui a pour nous, comme on le verra, une importance majeure.

Depuis quelques semaines, le malade a commencé à tousser. L'auscultation révèle une altération profonde du poumon droit, qui se retrouve à gauche, quoique avec des caractères moins marqués. Il y a de la submatité dans toute la hauteur de la poitrine et un retentissement marqué de la voix ; au sommet droit, ce retentissement est d'une intensité particulière.

Le genou est très-gonflé. Il y a un léger épanchement dans la synoviale, mais la tuméfaction principale est juxta-articulaire, et siège au niveau de l'épiphyse. Nous n'entrerons pas dans le récit détaillé de l'observation. Un abcès volumineux

se forma au niveau de l'épiphyse, il fut ouvert; le stylet permit de sentir l'os à nu. Un vaste clapier sous-tricipital nécessita le drainage. — Malgré ce traitement, la suppuration continua, très-abondante, et le malade s'affaiblit de plus en plus. En même temps, la toux était devenue fréquente et s'accompagnait d'expectoration muco-purulente. Le malade succomba le 15 novembre.

L'AUTOPSIE fit reconnaître une hyperostose fusiforme de l'extrémité inférieure droite. Cet os avait subi une éburnation complète dans ses  $\frac{4}{5}$  inférieurs. Le canal médullaire était complètement détruit dans cette étendue. Au niveau de l'abcès, le périoste était décollé, et on observait les altérations d'une ostéite circonscrite.

Les poumons étaient farcis de tubercules miliaires dans toute leur étendue; point de cavernes aux deux sommets, on voyait seulement des noyaux créacés, indices probables de la cicatrisation d'anciens foyers caséeux, tandis que l'éruption miliaire confluyente était indubitablement de date récente: sans doute, son apparition remontait à peine aux premiers jours qui ont précédé le réveil de la lésion osseuse. Quelle a été la cause de cette récurrence? Peut-on l'attribuer au *tour de reins* qu'accusait seulement le malade? Evidemment, ce traumatisme insignifiant ne saurait suffire. Mais si ce n'est pas du *milieu extérieur* qu'est venu le choc capable de faire récidiver un mal guéri depuis 32 ans, ne pourrait-on pas le trouver dans un ébranlement venu du *milieu intérieur*? Ce développement brusque d'une phthisie rapide ne pourrait-il pas, en ébranlant la vitalité de tous les tissus de l'organisme, avoir déterminé un processus morbide dans une région affaiblie de longue date par une lésion profonde? La récurrence du mal se serait ainsi produite par *cause interne*, suivant le titre que nous avons donné à notre observation.

Nous croyons que les faits de ce genre ne sont pas très-rarés, mais leur signification étant souvent méconnue, nous avons cru devoir attirer sur ce point l'attention des observateurs.

M. VERNEUIL. J'ai vivement engagé M. Pozzi à présenter le fait qui me paraît fort intéressant. Un homme est pris de phthisie aiguë; et à cette occasion, une lésion osseuse guérie depuis 32 ans, n'ayant donné lieu à aucun symptôme depuis cette époque, se réveille et arrive à suppuration. Les cas de ce genre ne sont guère étudiés et pourtant ils sont loin d'être rares: J'ai en ce moment dans mon service un cocher d'omnibus qui, il y a 5 ans, avait présenté une affection de la hourse

séreuse péri-trochantérienne ; depuis plus de 3 ans, il était complètement guéri, lorsqu'au mois de janvier, il s'est mis à tousser : l'abcès s'est reproduit. De même chez une femme, une lésion guérie depuis longtemps a récidivé sous l'influence de l'état puerpéral.

Ces cas, je le répète, ne sont pas rares, mais ont besoin d'être étudiés (1) ; et lorsqu'ils seront bien connus, on arrivera peut-être à discuter, avec fruit, la cause prochaine des manifestations locales dans les maladies générales. Un jeune homme de 27 ans qui, à l'âge de 7 ans, avait eu un abcès sous-périostique du tibia, était complètement guéri depuis plus de 20 ans, lorsqu'il gagna la syphilis. La maladie, malgré les soins qui lui furent donnés par M. Fournier, devint de suite très-grave, et bientôt, ce jeune homme présenta, à la partie supérieure du tibia, une douleur atroce avec gonflement : c'était une gomme qui suppura. La syphilis avait choisi pour se fixer, le point faible, le *locus minoris resistentiæ*. On a depuis longtemps remarqué que les altérations syphilitiques sont beaucoup plus graves sur les membres inférieurs, chez les individus qui ont des varices.

M. CHARCOT. Nous voyons souvent en médecine des faits analogues : On sait par exemple que les pustules de variole sont plus abondantes sur les cicatrices de vésicatoire, et que la goutte se fixe souvent sur des jointures qui présentent déjà une disposition morbide.

M. PARROT. De même chez les nouveau-nés qui ont une irritation de la peau des fesses, c'est en ces points que se montre, d'abord et avec le plus d'intensité, l'éruption de la rougeole. La varicelle laisse assez souvent des traces sur la face, probablement parce que la peau de la face est moins protégée que le reste du tégument externe, contre le froid, et toutes les causes irritantes.

**26. Dégénérescence aiguë du foie et des reins, causée par la septicémie; Fracture comminutive de la jambe gauche, compliquée de plaie; Erysipèles successifs; mort au bout de 5 mois ;**  
par M. SAMUEL POZZI, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Vaugon Joseph, entre à la Pitié le 18 mai, dans le service de

---

(1). V. Nony. Retour de l'inflammation dans les lésions anciennes, à la suite d'un état général grave. *Thèse de Paris*, 1874. N° 462.

M. le professeur VERNEUIL, salle Saint-Louis n° 56. Il est charretier ; sa voiture lui a passé sur le corps, fracturant les deux jambes, et produisant à gauche une assez large plaie, qui communique avec la lésion osseuse. Le malade est très-vigoureux, âgé de 54 ans, *nullement alcoolique* ; il s'est toujours très-bien porté.

La consolidation des fractures marche régulièrement, mais plus lentement à la jambe gauche, en raison de la plaie qui la complique. Après une fièvre traumatique intense, la suppuration se continue, entretenue par une portion osseuse dénudée frappée de nécrose, mais nullement mobile. Cette suppuration est d'ailleurs peu abondante : elle n'excède pas quelques cuillerées par jour, et n'épuise nullement le malade, dont l'état général est très satisfaisant.

Au mois de juillet et d'août, deux érysipèles se déclarent successivement autour de la plaie, envahissant toute la jambe. Ils se dissipent, laissant le sujet notablement affaibli.

Le 9 octobre, à la suite d'une exploration avec le stylet, troisième poussée érysipélateuse. Cette fois-ci l'exanthème envahit la totalité du membre, et remonte en arrière jusqu'à la ceinture. Le malade tombe dans l'adynamie, et succombe le 21 octobre avec des phénomènes typhoïdes, seize jours après le début de l'érysipèle. L'urine n'a pas été examinée.

A L'AUTOPSIE, on trouve : 1° *du côté de la jambe gauche*, au niveau de la fracture une esquille nécrosée fortement enclavée dans le cal, et ayant provoqué autour d'elle un travail manifeste d'ostéite.

2° *Des lésions viscérales*: le foie est petit, ridé, flasque, friable: au microscope, on voit qu'il est atteint d'altération grasseuse.

Les reins pâles, anémiés, sont également frappés d'une stéatose commençante. Tous les autres organes sont sains.

RÉFLEXIONS. En l'absence de toute autre cause appréciable, il paraît difficile de ne pas attribuer ici les altérations du foie et des reins à une influence stéatogène de la septicémie. Il s'agirait d'un processus rapide, bien différent de la dégénérescence qui survient lentement dans les suppurations abondantes et prolongées. (On pourrait rapprocher ce fait d'une observation que j'ai présentée l'an dernier à la Société). Est-ce l'érysipèle terminal qui a seul amené cette altération viscérale? Peut-on en faire remonter l'origine aux accidents fébriles du début? S'il en était ainsi, les deux premiers érysipèles auraient confirmé la lésion commençante, et notablement affaibli la force de résistance du malade à une atteinte ultérieure.

Je pose ces questions sans essayer de les résoudre. Il faudrait, pour cela, qu'une étude analogue eût été faite à l'aide de faits nombreux.

M. VERNEUIL. Je ne partage en aucune façon l'opinion émise tout-à-l'heure par M. Després, relativement au pronostic de l'érysipèle traumatique, que je considère, au contraire, comme l'un des fléaux de la chirurgie.

On voit souvent des sujets présentant, à la suite d'un traumatisme, des érysipèles récidivants, tous peu graves en apparence; puis à un moment donné, ces malades qui paraissaient sauvés tombent en langueur et succombent. Or, quelle est, en pareil cas, la cause de la mort? On invoque l'épuisement des forces, mais c'est là un mot qui n'explique rien. Quand on fait l'autopsie de ces sujets, on constate généralement une dégénérescence graisseuse, quelquefois très-prononcée, du foie et des reins, et pour ma part je n'hésite pas à voir une relation entre l'érysipèle et ces lésions viscérales.

Il est parfaitement admis que la septicémie est un poison stéatogène de la plus grande énergie; je suis convaincu que l'érysipèle est dans le même cas. Toutes les observations publiées présentent sous ce rapport une lacune; mais en ce qui me concerne, je n'ai pas encore rencontré d'érysipèle de longue durée, dans lequel ces lésions n'aient existé de la manière la plus manifeste. Il se produit ainsi, sous l'influence de ces poussées d'érysipèle, une sorte de *diathèse artificielle*, et c'est ainsi que je m'explique la gravité des érysipèles récidivants. Les premiers érysipèles peuvent sembler très-bénins, mais en raison des altérations viscérales qu'ils laissent après eux, ils créent chez le malade un état morbide analogue à celui des diabétiques, des albuminuriques, etc.

A propos du malade dont M. Pozzi a présenté l'histoire, je dois faire remarquer que le troisième érysipèle est survenu après une exploration avec le stylet. Bien que, souvent, il soit impossible de découvrir la cause qui a déterminé l'érysipèle, il me paraît absolument indiqué d'éviter en cette circonstance toute irritation.

M. DESPRÉS. La communication de M. Verneuil me paraît être une excellente preuve que l'érysipèle en lui-même n'est pas grave; car son malade est mort seulement au troisième érysipèle. Ce qui fait la gravité de l'érysipèle, c'est le mauvais état général de l'individu, mais au fond, l'érysipèle est une maladie inflammatoire aussi peu grave que l'est la pneumonie.

M. TH. ANGER. M. Verneuil attribue à l'érysipèle une influence sur la stéatose. Cette relation me semble mal établie,

lorsqu'il s'agit d'individus malades depuis longtemps, ayant depuis longtemps un séquestre, une suppuration plus ou moins abondante.

M. VERNEUIL. J'admets parfaitement l'objection, d'autant mieux que, dans certains cas, on peut encore se demander si la lésion du foie et des reins ne préexistait pas à l'érysipèle. Je rappelle, d'autre part, que dans trois cas d'érysipèle, où Frerichs a examiné le foie, il l'a trouvé très-gras.

M. Pozzi. Chez le malade qui a été le point de départ de la discussion, on ne trouvait aucune cause, autre que l'érysipèle, pour expliquer l'état du foie et des reins. Il n'y avait pas d'antécédents alcooliques, la constitution était excellente, et quant à la suppuration, elle était très-peu abondante.

**27. Cancer généralisé à une partie des organes abdominaux et pelviens ; méningite secondaire ; par M. E. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.**

G. B., âgé de 36 ans, employé de bureau, entre dans le service de M. DEMARQUAY, le 25 octobre, pour une rétention d'urine et une constipation opiniâtre accompagnée de fortes coliques. Ce malade n'accuse pas d'antécédents diathésiques dans sa famille.

Il nous dit qu'il a souffert de fortes gastralgies il y a 4 à 5 mois ; il fait remonter à 3 mois, au plus, le début de la maladie pour laquelle il entre. A ce moment il s'aperçut que la défécation devenait difficile, ainsi que la miction ; il avait comme le sentiment d'un corps volumineux dans le fondement ; de plus il ressentait de violentes coliques et des douleurs au périnée qui depuis ne lui ont pas laissé de trêve. Il fut pris de fièvre, présenta de l'anorexie, une soif vive, de l'agitation et a beaucoup maigri. Jamais de vomissements, ni de selles sanglantes.

A son entrée, on constate les symptômes énoncés ci-dessus, et de plus du ballonnement de l'abdomen, un facies maigre et jaune paille.

En sondant le malade, on pénètre dans la vessie en éprouvant un ressaut au niveau de la région prostatique. Ecoulement d'une urine claire et normale. — Au toucher rectal, on sent la prostate volumineuse, indurée, faisant saillie dans le rectum ; c'est à peine si on pénètre avec le doigt, l'intestin est complètement aplati d'avant en arrière.

Le malade ne présente rien d'anormal du côté des autres organes. M. Demarquay diagnostique un carcinome de la prostate, probablement primitif. Le soir, léger mouvement fé-



brûle. Il dit n'avoir pas été à la selle depuis plusieurs jours. — Huile de ricin 30 gr. — Sulf. de quinine 0,50, et alcool.

Lés jours suivants le malade présente un état général grave; température variant entre 39° et 40°,5. Pouls petit, fréquent; langue sèche, anxiété; ventre ballonné. Il urine assez facilement. La constipation persiste.

On pense à une obstruction intestinale et on administre de nouveau 30 gr. d'huile de ricin, et un lavement purgatif, s'il n'y a pas d'évacuation.

4 novembre. Après avoir pris son purgatif, le malade a des vomissements de matières bilieuses; pas de selles; le soir abaissement de température. T. A. 36°. Pouls fréquent et petit; douleurs atroces dans le ventre. Anxiété, traits tirés.

On fait prendre, avec une sonde introduite par le rectum, un lavement purgatif. Il y a une débâcle de matières; encore un vomissement.

8 novembre. Le ventre s'assouplit un peu; malgré cela l'état général ne s'améliore guère. Le malade se cachectise de plus en plus, bien que l'appétit soit meilleur. La sécheresse de la langue persiste toujours. La température est normale.

Du 10 au 15 novembre, le malade semble aller un peu mieux, mange de meilleur appétit, se lève, se promène un peu.

Le 15 novembre soir, il est pris d'un accès de délire, il fait des extravagances, délire toute la nuit. Il paraît y avoir de la fièvre, mais on ne peut prendre la température, à cause de l'agitation du malade.

Le 16 novembre. Délire, langue sèche, fièvre; contracture légère de la main gauche; insensibilité et paralysie incomplète du bras droit. Le malade ne peut se serrer la main de ce côté, la serre assez fortement de l'autre. Rien du côté des membres inférieurs. Incontinence d'urine. Rien du côté de la face et des yeux. Au milieu du délire, le malade se plaint toujours de coliques très-violentes. Le soir, il tombe dans un demi-coma, dont il n'est tiré que très-difficilement.

Le 17 novembre, accès de délire furieux, puis coma.

Le malade meurt le 17 novembre, 41 h. du soir.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur l'intestin grêle distendu par des gaz, il s'écoule de la cavité péritonéale 1 litre environ d'un liquide jaune citrin. Pas de lésions du péritoine pariétal. Le grand épiploon assez développé est chargé de quelques lobules de graisse, et de plus, d'une grande quantité de petits noyaux durs, bleu-grisâtres à la coupe, variant du volume d'un haricot à celui d'un pois. Le grand épiploon forme une espèce de bride au devant de la terminaison de l'intestin grêle dans le cœcum. Cette bride est reliée à l'appendice

cœcal englobé dans une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, et présentant à la coupe le même aspect que les petites nodosités de l'épiploon ; les ganglions iliaques situés en arrière du cœcum sont pris aussi ; en haut, au niveau de l'insertion du grand épiploon sur le colon transverse, petits noyaux ; le colon transverse est complètement adhérent à la grande courbure de l'estomac, et rétréci. En touchant à ce niveau, on trouve une tumeur assez volumineuse, dure, unissant l'estomac au colon et proéminent dans les deux organes. — La tumeur stomacale envahit en nappe tout le petit cul de sac, elle est mamelonnée, végétante, elle envahit le colon qui, à son intérieur, présente un gros champignon rétrécissant fortement son calibre ; plus loin, du côté droit, existe une tumeur analogue. Le reste du gros intestin est sain, ainsi que l'intestin grêle.

Les ganglions mésentériques sont pris. — Le foie est gros, un peu granuleux, ne présente rien d'anormal sur des coupes.

Rate saine, pas de noyaux cancéreux.

*Petit bassin.* — En plongeant la main dans cette excavation, on est arrêté par une tumeur qui occupe sa cavité. Avec le doigt on la décolle des muscles et des aponévroses. Les ganglions sacrés sont durs et volumineux. On enlève ensemble le rectum, la prostate et la vessie.

Vessie saine. — Prostate peu volumineuse, dure, blanche à la coupe, se continuant en arrière avec une tumeur qui envoie de chaque côté deux prolongements durs vers le rectum. — Le rectum est intact intérieurement ; sur sa face antérieure il présente un épaississement dur et intrinsèque. Urèteres sains. Reins normaux. — Rien à la colonne lombaire.

Les organes thoraciques sont sains.

*Crâne.* — En enlevant la calotte crânienne, on s'aperçoit que la dure-mère adhère en certains points aux os de la voûte. La surface convexe des hémisphères cérébraux est poisseuse.

Autour des vaisseaux peu congestionnés, on remarque comme une gaine d'exsudat fibrineux ; la pie-mère s'arrache difficilement ; pas de pus, ni de tubercules. — A la base, mêmes lésions. — On trouve de plus à la convexité et sur l'hémisphère droit une plaque d'ecchymose assez étendue, avec infiltration de sang entre les éléments, à une profondeur de 1 à 2 millimètres ; quelques petites plaques sur l'hémisphère gauche.

A la coupe des différentes parties de l'encéphale, rien d'anormal.

Un examen microscopique, fait par M. CHOUFFRÉ, des tumeurs de l'estomac et de la prostate montre qu'il s'agit d'un épithéliome cylindrique.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est :

1° la généralisation particulière de la tumeur maligne, à une partie des organes abdominaux, et du petit bassin; — 2° le peu de symptômes qu'avait donné le cancer de l'estomac et du colon, et la difficulté qu'il y avait à les diagnostiquer dans ce cas, vu l'obstruction intestinale au niveau de la prostate; — 3° enfin la forme de méningite secondaire dont le malade a été atteint, ne se manifestant à l'autopsie que par des exsudats blanchâtres le long des vaisseaux et un état poisseux de l'arachnoïde.

**28. Gastro-entérite ulcéreuse à marche rapide; hémorragies multiples; perforation intestinale; péritonite; par M. E. DEFFAUX, interne des hôpitaux.**

Thirste, 30 ans, couturière, est restée il y a trois mois environ, quelque temps dans notre service, pour une hémiplegie faciale gauche, diagnostiquée d'origine rhumatismale et dont elle guérit assez rapidement. Ce fait a son intérêt, puisqu'il nous a permis de nous assurer qu'à cette époque, Thirste ne se plaignait pas de son estomac, et n'éprouvait aucun symptôme de la maladie qui nous la ramène aujourd'hui. (31 octobre 1874).

La malade dit qu'il y a six semaines à peine, elle commença à éprouver des douleurs au creux épigastrique; ces douleurs, d'abord sourdes et continues avec irradiations dans le côté droit et les parois abdominales, augmentèrent rapidement d'intensité et ne tardèrent pas à présenter des exacerbations telles que la malade se tordait dans son lit. En même temps, survinrent des vomissements de deux sortes; les plus fréquents qui succédaient à l'ingestion des aliments, étaient alimentaires seulement, et encore ces aliments n'avaient-ils subi aucune transformation; Les autres, plus rares, survenaient le matin, ils étaient glaireux et légèrement bilieux (la malade n'est pas alcoolique). L'estomac ne peut supporter aucun aliment, le bouillon seul paraît être toléré. La constipation est opiniâtre, et le ventre un peu météorisé. Quoique affaiblie par ses vomissements et malgré une teinte subictérique surtout appréciable au niveau des conjonctives, la malade paraît avoir un état général assez bon. — Les urines sont rares et présentent par contre un précipité albumineux très-compacte. Rien à noter du côté des poumons et du cœur, et, enfin, renseignement important, la malade affirme n'avoir pas avalé de substance toxique.

En face de ces symptômes, on ne peut se hasarder à porter un diagnostic certain; les choses en étaient là, quand le 3 novembre, après quatre jours de repos à l'hôpital, survint pendant la nuit une hématemèse abondante. Le sang était

noir, marc de café, et, par conséquent, paraissait avoir séjourné quelque temps dans l'estomac.

Le 4 novembre, les vomissements continuent, les douleurs conservent toujours la même intensité; les selles provoquées par un lavement, renferment, outre des matières moulées, une assez grande quantité de sang.

Enfin, le 5 novembre soir, outre la pâleur et l'affaiblissement, on note une petitesse extrême du pouls et un peu de ballonnement du ventre; le lendemain, la fièvre s'allume et les vomissements continuent de plus belle; cette fois ils ne sont plus sanguinolents, mais bilieux; aussi, à partir de ce moment, on voit se développer tous les symptômes d'une péritonite généralisée, mais avec prédominance des symptômes du côté de la vessie, ténésme, etc....

La péritonite marche rapidement vers un terme fatal, et la mort survient le 10 novembre.

AUTOPSIE. A l'ouverture du ventre, on trouve le péritoine rempli d'une quantité considérable de sang, surtout au niveau de la fosse iliaque droite; c'est du reste au niveau du cœcum que nous allons trouver tout à l'heure la perforation qui a livré passage au sang.

La muqueuse stomacale présente les lésions suivantes: elle est très-œdématiée, très-épaissie par places, deux ou trois fois plus que normalement, et sa surface est criblée de petits points hémorragiques. C'est un véritable purpura. De plus, au niveau de la petite courbure, on trouve une ulcération peu profonde à bords déchiquetés et à contours très-irréguliers, de sorte qu'on peut très-difficilement lui assigner une dimension. Cette ulcération paraît être formée par plusieurs petites qui, primitivement, ont dû être circulaires.

Deux ou trois autres ulcérations siègent au niveau de la grande courbure. Rien qu'un peu d'épaississement de la muqueuse dans le duodenum et le jéjunum; mais, dans l'iléon, nous retrouvons absolument les mêmes lésions que dans l'estomac. — L'iléon est rempli de sang et deux gros caillots moulés, correspondant au volume de l'intestin, sont arrêtés au niveau de la valvule; même épaississement de la muqueuse; mais là ce ne sont plus les grandes ulcérations analogues à celles de l'estomac, mais bien de petites pertes de substance, circulaires, régulières et coniques, grosses comme un pois, plus profondes et envahissant les autres tuniques jusqu'au péritoine.

Si on regarde l'intestin par transparence, on voit qu'il y a menace de perforation dans beaucoup d'endroits et on parvient à découvrir à la fin de l'iléon une perforation qui aurait à peine reçu une bougie n° 10 (de la filière Charrière.) Tout le

mésentère est hypertrophié, œdématié. Le gros intestin est tout-à-fait sain.

Les reins sont légèrement graisseux, et le droit contient un petit point hémorrhagique vers son sommet.

L'ovaire droit renferme, plus qu'un point hémorrhagique, mais bien un petit foyer rempli par un caillot. — Le cœur a été examiné avec soin et il ne présentait aucune altération. Les poumons étaient également sains.

En résumé, cette observation nous a paru présenter un grand intérêt par la rapidité de la marche de la maladie, la coïncidence des lésions stomacales et intestinales et la multiplicité des suffusions sanguines qui en faisait presque une diathèse hémorrhagique.

M. SEVESTRE. Il faut, je crois, rapprocher les lésions intestinales de celles des reins. Car là se trouve peut-être la raison des altérations qui ont été observées.

**29. Anomalie du cœur chez un chien** (*disposition anormale des fibres musculaires de la couche commune des ventricules*); par M. BOCHERFONTAINE, membre correspondant.

La pièce a été prise sur un chien, mis en expérience par M. Vulpian, dans son laboratoire.

Pendant l'expérience, qui avait pour objet le cœur, on a remarqué que le sillon interventriculaire de cet organe n'avait pas l'aspect accoutumé, et qu'en plusieurs points les vaisseaux coronaires antérieurs n'étaient pas visibles. On voit en effet, sur ce cœur excisé, qu'en trois endroits la couche commune ou unitive des fibres musculaires passe par dessus les vaisseaux coronaires antérieurs, à la manière d'un pont, large d'environ un centimètre; au lieu de passer au-dessous de ces vaisseaux comme dans l'état normal.

Je ne sais pas si cette anomalie a été signalée chez l'homme, mais, en tout cas, j'ai pensé qu'il n'était pas inutile d'appeler sur elle l'attention des anatomistes, d'autant plus que j'ai observé ce fait une autre fois, ces jours-ci.

**30. Tumeur cérébrale comprimant le lobe frontal gauche; parésie du côté droit; aphasie;** par M. F. BALZER, interne des hôpitaux.

Elisabeth Cardinal, âgée de 62 ans, sans profession, née à Paris, était à la Salpêtrière depuis sept ans, et avait déjà fait plusieurs séjours à l'infirmerie. Dans les derniers temps, elle

avait toujours un air étonné, timide, et balbutiait beaucoup, lorsqu'on lui adressait la parole. D'après les renseignements fournis par les personnes qui l'entouraient, elle se livrait fréquemment à la boisson, et aurait été même rapportée à la Salpêtrière dans un état d'ivresse complète. Bien qu'elle fût affectée depuis longtemps d'un tremblement assez intense, sa marche et ses mouvements s'exécutaient assez bien. Au commencement de l'année 1874, elle eut une première attaque apoplectiforme avec perte de connaissance, vomissements, évacuations involontaires, mais elle put rentrer à son dortoir en assez bonne santé, après un séjour de quelques semaines à l'infirmerie.

Le matin du 29 août 1874, elle fut prise d'une seconde attaque, semblable à la première, et transportée dans le service de M. LUYs. Le lendemain, on la trouve dans le décubitus dorsal; elle remue ses membres, la figure est rouge, l'air étonné; elle a retrouvé sa connaissance, mais elle ne parle pas, et semble avoir un peu de difficulté à remuer les lèvres.

Les jours suivants, elle retrouve un peu la parole, mais prononce les mots avec difficulté et à voix basse; sa face conserve un air d'immobilité. Elle s'intimide facilement quand on l'interroge, et si on la presse de questions, elle fait signe qu'elle ne peut parler, et manifeste son impatience en tourmentant sa couverture ou les objets qui sont sur son lit. Elle est émotive, et pleure facilement. Quand on lui présente un objet, un verre par exemple, elle finit par en prononcer le nom après plusieurs essais. Si aussitôt après, on lui en montre un autre, une fourchette par exemple, elle continue à prononcer le mot verre, jusqu'à ce qu'on lui fasse remarquer qu'elle se trompe; mais après une nouvelle série d'essais, elle finit par dire le mot demandé. Il arrive parfois que ses efforts restent infructueux, et elle manifeste alors de l'impatience et du découragement. Son intelligence ne paraît pas atteinte, elle comprend ce qu'on lui dit, et agit d'une façon raisonnable. Elle n'essaie pas de se lever pour se promener dans la salle. Le tremblement des membres est toujours assez intense. Le côté droit du corps est notablement plus faible que le côté gauche. Pourtant presque tous les jours, on la fait se promener dans la salle, et elle marche sans soutien. Elle n'a jamais eu d'attaque épileptiforme, ni avant ni pendant son séjour à l'infirmerie. Sensibilité conservée : appétit et sommeil réguliers.

Dans les douze derniers jours, on remarque un abattement et un affaiblissement profonds; la malade tombe, lorsqu'elle veut se lever pour satisfaire ses besoins. Il lui arrive même un soir, de tomber de son lit, et de se contusionner violemment la figure, en plusieurs endroits. Elle a de la peine à

retenir sa salive et bave légèrement; elle ne peut tirer la langue hors de la bouche. Dans les deux derniers jours, seulement, elle vomit ce qu'on lui fait prendre. — Mort le 17 novembre 1874.

**AUTOPSIE.** — Cœur un peu hypertrophié; valvules saines. Pas d'épanchement dans le péricarde, ni dans les plèvres.

Adhérences assez nombreuses et anciennes du poumon à droite. Les deux poumons sont assez fortement congestionnés à la base. L'estomac et l'intestin sont sains, la rate normale. Le foie et les reins sont congestionnés.

À l'ouverture de la cavité crânienne, on incise la dure-mère, qui se détache avec facilité, mais en entraînant avec elle des lambeaux d'une *tumeur* qu'on aperçoit dans le voisinage de la faux du cerveau et à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Cette tumeur qui présente le volume d'un gros œuf de poule, est plus large à sa base qui plonge dans les circonvolutions, qu'à son point d'insertion sur la dure-mère.

La pie-mère n'adhère pas à la tumeur : elle l'enveloppe de tous côtés, et se continue au niveau de son pédicule avec celle qui recouvre les circonvolutions. Examinée au microscope, la pie-mère ne présente pas d'altérations. La dure-mère est amincie, au niveau de l'insertion de la tumeur.

Celle-ci comprime les circonvolutions du lobe frontal gauche : elle s'est creusée une loge, formée en avant et en bas par la troisième circonvolution, et refoule en arrière la scissure de Sylvius et les circonvolutions voisines. L'hémisphère droit est refoulé. À la coupe, on voit que la couche optique, et principalement le corps strié du côté gauche, ont un volume moindre que les mêmes organes du côté opposé. Les circonvolutions comprimées par la tumeur ne sont pas ramollies, elles sont seulement aplaties et considérablement atrophiées. Les autres parties de l'encéphale ne présentent pas d'autres altérations.

Après avoir coupé la tumeur en deux, on voit sur un fond violacé se détacher des points grisâtres, qui donnent à la coupe un aspect granité. La tumeur est très-molle; elle se déforme et se désagrége avec la plus grande facilité. La coupe est assez nette, et ne laisse pas sourdre de liquide. Les cellules examinées au microscope après le grattage, sont fusiformes, très-développées. Elles ont un protoplasma légèrement granuleux, et l'on voit dans leur intérieur un ou plusieurs noyaux, fortement colorés par le carmin. Leurs prolongements très-longs et très-effilés, s'adossent fréquemment bout à bout et paraissent

sont se continuer, les uns, avec les autres. On ne trouve ni concrétions calcaires, ni tourbillons, comme dans le paramyome.

Les coupes faites après durcissement de la tumeur par l'acide picrique, la gomme et l'alcool, présentent une disposition fasciculée. Entre les faisceaux des cellules, on aperçoit un très-grand nombre de vaisseaux sans paroi propre, et sans direction déterminée. Quelques-uns de ces vaisseaux ont des dilatactions irrégulières et anfractueuses, parfois considérables, et remplies de globules sanguins.

### 31. Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens; par M. L. E. DUPUY, membre adjoint (1).

X., jeune garçon de 19 ans, entre, le 12 juin 1872, à la Maison Municipale de Santé pour se faire opérer par M. DEMARQUAY, d'un énorme polype naso-pharyngien, ayant entraîné une exophthalmie double avec cécité complète.

*Antécédents et mode de début.* — La constitution de ce jeune homme est vigoureuse; il n'a jamais fait antérieurement aucune maladie. Selon lui, l'origine du mal est une chute qu'il fit il y a environ 16 mois: lourdement tombé du haut d'une voiture, il en fut quitte pour une contusion à la jambe et une *petite bosse au front du côté droit*. Trois ou quatre mois après cet accident, le malade éprouva des douleurs dans l'œil gauche; il ne tarda pas à s'apercevoir en outre qu'il ne voyait plus bien de cet œil; au bout d'une huitaine de jours, la vision fut complètement abolie du côté malade. — Bientôt les mêmes symptômes débutèrent à droite, aussi graves et aussi rapides, et ce malheureux garçon fut pris de cécité complète. On l'amena à Paris pour le faire examiner par des spécialistes: M. Meyer, consulté, crut à une tumeur intra-crânienne.

Peu après ces premiers troubles de la vision, les yeux commencèrent à devenir proéminents. Le malade indique très-nettement que l'exophthalmie n'a débuté qu'après la perte de la vue. — Ces divers symptômes n'étaient accompagnés d'aucune espèce de douleur, le malade éprouvait de temps à autre de simples fourmillements dans les fosses nasales. D'autre part, il se produisait par la bouche de légères hémorrhagies.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, une tumeur lacrymale suppurée se serait développée à l'œil gauche. Le docteur Casse pratiqua l'incision du sac, et la cicatrisation s'établit d'une façon complète.

*État actuel.* Non-seulement les deux yeux sont poussés en

---

(1) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.



avant de l'orbite, mais il s'écartent notablement de la ligne médiane; en d'autres termes, à l'exophthalmie se surajoute un écartement dans le sens transversal, les yeux étant refoulés en dehors par la tumeur placée entre eux, dans les fosses nasales. Il en résulte un facies caractéristique dont le dessin (dans l'album de la Société), donne une idée assez nette.

Les altérations que nous venons de décrire sont surtout accentuées à gauche : l'œil est fortement refoulé en avant et en dehors; à son côté interne, on sent la tumeur qui est arrondie, régulière, tendue, présentant une fausse sensation de fluctuation : il n'existe aucune altération de la peau.

En pratiquant le toucher par la bouche, on sent une tumeur arrondie qui occupe la partie supérieure du pharynx; elle recouvre la face postérieure du voile du palais, qui se trouve, en quelque sorte, coiffée par une portion de la tumeur. Cet examen provoque des crachats sanguins assez abondants.

Les troubles fonctionnels sont les suivants : Perte complète de la vision; aucune gêne de la déglutition. La voix est notablement altérée dans son timbre : elle est grêle et nasonnée. Ces altérations si graves ne sont accompagnées d'aucune souffrance; l'appétit est conservé; l'état général est excellent. L'état mental n'est nullement altéré.

*Diagnostic.* Polype développé, selon toute apparence, à la partie supérieure des fosses nasales, se prolongeant de chaque côté, mais surtout à gauche, vers l'orbite, de façon à produire une exophthalmie double, et une amaurose, soit par la compression, soit par la destruction des nerfs optiques. La tumeur se prolonge également dans le sinus maxillaire et occupe, en arrière, la partie supérieure du pharynx.

*Opération.* Malgré les difficultés que doit rencontrer l'extirpation de cette tumeur, réputée inopérable par un chirurgien des hôpitaux, M. Demarquay se décide à la tenter. Le développement du polype se produit, en effet, avec une rapidité inouïe; ne pas opérer, c'est laisser courir le malade à une mort certaine et même rapprochée.

Le 18 juin, après avoir chloroformisé le malade, M. Demarquay pratique une incision de la peau, partant de la commissure labiale gauche pour gagner l'os malaire. On dissèque la peau, en respectant le canal de Sténon, de façon à mettre à nu la partie antérieure du maxillaire supérieur gauche.

Le premier temps de l'opération terminé, M. Demarquay fait sauter la branche montante du maxillaire à l'aide d'une forte pince de Liston; il fracture ensuite, de la même manière, la face antérieure de celui-ci. L'artère sous-orbitaire donnant du sang, elle est liée immédiatement. Les fragments osseux de la table du maxillaire restent adhérents au lambeau

par l'intermédiaire du périoste; ils pourraient parfaitement être remis en place, une fois l'extirpation du polype pratiquée. Néanmoins, après mûre réflexion, on se décide à les enlever, dans la crainte de voir survenir une nécrose.

Cette réduction partielle du maxillaire a mis à nu la partie antérieure de la tumeur. Il devient alors possible de chercher la naissance du pédicule. On sent avec le doigt qu'il est implanté à la partie supérieure des fosses nasales, dans un point devant correspondre aux sinus ethmoïdaux.

Après l'avoir détaché, M. Demarquay saisit la tumeur avec un énorme davier construit *ad hoc*. Plusieurs tractions énergiques sont pratiquées, d'abord sans résultat; une portion notable de la tumeur se détache ensuite; finalement, et après de nouveaux efforts, le reste de la tumeur cède, et celle-ci est totalement extirpée. Ces divers temps de l'opération ont été exécutés en moins de temps qu'il ne faut pour les décrire. Le malade, sorti à moitié du sommeil chloroformique, rejette lui-même par la bouche une certaine quantité de sang. On introduit de la glace dans l'énorme cavité que s'était creusée le polype, on y injecte de l'eau additionnée de perchlore de fer. L'hémorrhagie cède facilement sous l'influence de ces agents.

M. Demarquay ne réunit pas immédiatement les deux lambeaux formés par l'incision des téguments, afin de pouvoir, en cas d'hémorrhagie secondaire, arriver facilement dans la cavité, ancienne loge du polype.

Une demi-heure après l'opération, le malade a une syncope qui ne dure que quelques minutes; les jours suivants, il allait passablement, commençait à manger, se levait même un peu pour se reposer dans un fauteuil.

Mais le 23 décembre, il se plaignait de fortes douleurs dans la tête, en même temps il avait de la fièvre. Le lendemain soir, il tomba subitement dans le coma. Le 25, il mourut avec tous les signes d'une méningite.

**AUTOPSIE** pratiquée 24 heures après la mort. *Poumons*: Œdème et congestion légère des deux bases; le lobe supérieur gauche présente quelques flocs de pneumonie caséuse. Le reste des deux organes est parfaitement sain. Le *foie*, la *rato*, les *reins* et les autres viscères abdominaux sont exempts de lésions.

*Méninges*. Exsudats purulents occupant les parties antérieure et moyenne de la base du cerveau, concentrés principalement au niveau du chiasma des nerfs optiques.

*Ventricules*. Épanchement de liquide peu considérable dans leur cavité. *Cerveau*. Parenchyme parfaitement sain.

*Etat des parties au niveau de l'insertion du polype*. En soule-

vant la dure-mère, on s'aperçoit facilement que la tumeur arrivait jusqu'à elle, sans cependant la refouler en haut et par conséquent sans pénétrer plus avant dans le crâne. La loge qu'occupait la tumeur est formée de la façon suivante : *en haut*, elle est limitée par la dure-mère qui présente une particularité que nous devons signaler : l'ethmoïde ayant été détruit en partie par la tumeur, les fragments qui subsistent encore, sont en quelque sorte refoulés par celle-ci contre la dure-mère, et adhèrent assez solidement à cette membrane, sous forme de lamelles amincies et irrégulières.

En soulevant la dure-mère, on découvre une vaste perforation du crâne, à contours réguliers, et présentant de véritables écailles osseuses refoulées en dehors par les progrès du néoplasme. Cette perforation occupe la partie médiane de l'étage supérieur de la base du crâne ; elle est limitée : *en avant*, par l'extrémité inférieure de la crête frontale interne ; — *latéralement*, par la face interne des orbites ; celle-ci a disparu, et il ne reste plus que le périoste fortement refoulé en dehors ; — *en arrière*, par les sinus sphénoïdaux qui ne présentent que des lésions partielles. *L'apophyse basilaire est parfaitement intacte et se trouve recouverte de tissus fibreux et musculaires.*

De la description qui précède, il ressort que les parties de la voûte crânienne ayant disparu sont : L'apophyse crista-galli et la lame criblée de l'ethmoïde, la portion antéro-interne des grandes ailes du sphénoïde. Les apophyses d'Ingrassias, la gouttière optique et les sinus sphénoïdaux sont altérés, mais n'ont pas été détruits complètement.

*Nerfs optiques.* — *a. Nerf optique gauche.* — Dans sa partie antérieure, il semble très-peu atrophié ; au voisinage du chiasma au contraire, ses fibres sont en partie détruites. La partie du nerf restée intacte à ce niveau a été fortement comprimée par la tumeur. — *b. Nerf optique droit.* Les lésions sont, à peu de choses près, analogues à celles du nerf optique gauche ; les fibres sont intactes jusqu'au chiasma, et sa portion intra-crânienne a seule subi une forte compression. Les *globes oculaires*, ne présentent aucune espèce d'altération. La *cloison nasale* est détruite en arrière dans son tiers supérieur à peine ; les deux tiers inférieurs sont intacts. La cloison est en outre fortement déjetée du côté droit.

Des différents détails dans lesquels nous venons d'entrer, il résulte que la tumeur devait avoir, avant son extirpation, les rapports suivants : *En haut*, la dure-mère crânienne ; *A gauche*, la paroi interne de l'orbite et la paroi externe du sinus maxillaire ; *A droite*, la paroi interne de l'orbite et les deux tiers inférieurs des fosses nasales ; *En avant*, les os pro-

pres du nez, la paroi antérieure du sinus maxillaire à gauche; *En arrière*, le sphénoïde et la paroi postérieure du pharynx.

La résection partielle du maxillaire opérée par M. Demarquay a porté sur la branche montante du maxillaire, une faible portion de l'os propre du nez du côté gauche, la partie antérieure du plancher de l'orbite et de l'angle interne de l'os malaire, la paroi antérieure de l'os maxillaire supérieur.

**RÉFLEXIONS.** Les procédés opératoires les plus divers et les plus nombreux ont été proposés, pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens; tel procédé, préconisé par tel chirurgien, a rencontré une opposition sévère de la part d'autres opérateurs.

Nous croyons pouvoir expliquer ces différences d'opinion de la façon suivante: les polypes dits naso-pharyngiens offrent plusieurs variétés très-distinctes; et à chacune de ces variétés, convient plus particulièrement tel ou tel mode d'extirpation. Le polype naso-pharyngien que nous avons eu l'occasion d'observer, se distingue par plusieurs caractères, qui permettent de le ranger dans une classe à part. En effet, au lieu d'envahir complètement les fosses nasales, il s'engage plus haut dans les cellules ethmoïdales.

La raison de ce fait se conçoit aisément: le plan d'implantation ayant lieu dans les cellules ethmoïdales, et non sur l'apophyse basilaire, il est de toute évidence que la tumeur devait se développer surtout dans le voisinage du lieu où elle était implantée. Et ceci est d'autant plus vrai, que les cloisons ethmoïdales, excessivement fragiles et délicates, sont impuissantes à opposer une barrière quelconque, à l'envahissement d'un néoplasme.

Les tumeurs développées ainsi, dans les cellules ethmoïdales beaucoup plus que dans le nez, méritent donc, d'après nous, d'être distinguées des autres variétés de polypes, et il nous semblerait plus exact de les désigner sous la dénomination de polypes *ethmoïdo-pharyngiens*.

Nous avons eu soin, dans le cours de notre observation, de décrire minutieusement la loge occupée par le polype, et les rapports qu'affectait cette tumeur avec les organes voisins. En procédant ainsi, nous croyons avoir démontré, que cette variété de polypes était surtout accessible par la face antérieure du maxillaire supérieur. Le procédé de M. Demarquay, qui consiste à réséquer cette partie osseuse, convient donc tout particulièrement aux polypes *ethmoïdaux*; employé chez notre malade, ce mode opératoire a permis d'arriver rapidement sur la tumeur, et l'extirpation de cette dernière a été relativement facile, dans un cas réputé inopérable par plusieurs chirurgiens expérimentés.

**Elections.**

MM. Th. ANGER, CARVILLE et OLLIVIER, membres titulaires de la Société, depuis plus de trois ans, sont nommés *membres honoraires*.

*Séance du 27 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**32. Pyéléphlébite; par M. J. MICHEL, interne des hôpitaux.**

G.... Alphonsine, blanchisseuse, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de Lourcine (service de M. FOURNIER) le 29 septembre 1874. Cette malade a une bonne santé habituelle; elle est bien réglée; depuis quinze jours, elle souffre de démangeaisons à la région pubienne et crurale. Nous ne trouvons que de l'herpès parasitaire, des folliculites des grandes lèvres, et au col une érosion simple.

La malade allait bien, lorsque, le 10 octobre, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre; ni la palpation, ni le toucher, ne fournissent de signes précis.

11 octobre, la langue est chargée; la fièvre est très-forte, la malade a des envies de vomir, elle est de plus très-abattue. P. 120. — Huile de ricin.

12 octobre. Légère amélioration, mais la malade a beaucoup vomé hier; elle a eu des frissons pendant la nuit; elle nous dit avoir eu des fièvres (?) il y a 7 ans. P. 106.

Du 13 au 17 octobre, l'état de la malade ne se modifie pas; elle a toujours des frissons pendant la nuit, quelques vomissements de temps en temps; du reste aucune aggravation.

17 octobre. Fièvre très-forte hier à la visite du soir. Aujourd'hui nous trouvons de la diarrhée, du ballonnement du ventre, un peu de gargouillement iliaque. — Bouillon. Sulfate de quinine 0,75.

19 octobre. La fièvre est continue, mais il y a des exacerbations avec frissons très-forts; il y en a eu trois hier. T. 39,5. — Sulfate de quinine 1 gr.

20 octobre. P. 116. Cette nuit, fièvre très-forte (avec frisson) de minuit à 1 h. moins 1/4 ; les traits s'effilent, le facies pâlit, le nez est pincé : tremblement des lèvres ; pas de délire, pas de diarrhée, pas de vomissements ; sueurs profuses ; soit exagérée.

22 octobre. P. 98. La malade n'a eu hier dans la journée que deux frissons ; l'aspect général est meilleur, la teinte de la peau est moins pâle, moins jaune ; elle ne se plaint d'aucune douleur ; elle ne tousse pas.

23 octobre. P. 88. Dans la journée d'hier, deux frissons très-courts ; cette nuit un frisson très-prolongé ; le facies est pâle, défait, la langue est sèche ; pas de diarrhée : nous ne trouvons rien d'anormal dans le volume de la rate. — Bromure de potassium, 2 gr.

24 octobre. P. 84. La malade a eu, hier, un frisson intense, qui a duré près d'une heure, et a été suivi de sueurs. La diarrhée qui avait disparu existe de nouveau depuis l'accès fébrile d'hier ; pas de taches sur le ventre ; la malade n'a pas dormi de la nuit ; elle est très-abattue, mais n'éprouve cependant aucune douleur spontanée ni à la pression. — Bromure de potassium, 4 gr.

27 octobre. P. 98 ; T. 38°,8. Depuis deux jours, la malade n'a pas eu de frissons pendant la journée, mais elle en a un chaque nuit ; après chaque accès, elle éprouve des douleurs très-aiguës dans les articulations et dans les membres.

29 octobre. P. 96. T. 39°. La malade n'a pas eu de frissons hier ; la diarrhée a disparu ; deux vomissements de matière bilieuse. *Pour la première fois*, nous trouvons une hypertrophie notable de la rate, qui n'est pas douloureuse à la pression ; le foie n'offre rien de particulier.

30 octobre. La malade s'amaigrit ; ses traits s'effilent ; elle a de la diarrhée ; nous trouvons un souffle intense au 1<sup>er</sup> temps et à la base.

31 octobre. P. 116. T. 39°,2. L'hypertrophie de la rate est plus considérable, mais il n'y a toujours aucune douleur à la pression : nous ne trouvons rien dans les poumons, bien que la malade tousse un peu ; diarrhée, 4 selles depuis hier, ballonnement du ventre, pas de taches sur le ventre. — Bain tiède pendant une heure.

1<sup>er</sup> novembre. La malade est plus abattue, la diarrhée est plus fréquente (7 ou 8 selles) ; évacuations involontaires.

2 novembre. P. 108. La malade n'a pas eu de frisson pendant la journée d'hier, mais elle a toujours beaucoup de diarrhée ; vomissements bilieux : la peau est chaude et couverte de sueurs ; nous remarquons encore une fois qu'elle n'a jamais

eu ni stupeur, ni délire, ni fuliginosités de la langue, ni taches sur le ventre.

3 novembre. P. 92. T. 37°,4. La malade a eu hier un frisson qui a duré une demi-heure, et deux selles diarrhéiques; pas de vomissements.

Soir. Accès de fièvre violent; pendant le frisson, P. 128. T. 41°,2; après le frisson, P. 110. T. 40°,6. Légère matité à la base du poumon droit, mais rien à l'auscultation.

4 novembre. P. 100. T. 39°,6.

5 novembre. P. 102. T. 39°,4. Depuis deux jours, le ballonnement et la diarrhée ont diminué; il y a une légère amélioration dans l'état général.

6 novembre. P. 104. T. 39°,1. Pas de frissons: pas de taches sur l'abdomen ou la poitrine. Le visage est moins abattu; la langue est nette, un peu rouge; il n'y a pas eu de diarrhée hier, mais le ballonnement du ventre persiste. Sommeil calme de 1 heure à 7.

7 novembre. P. 82. T. 38°,8. 5 à 6 selles diarrhéiques, et frissons pendant la nuit.

8 novembre. P. 90. T. 38°,4. Pas de frissons.

9 novembre. P. 112. Frisson d'une heure; la diarrhée a un peu diminué, mais nous trouvons toujours le même ballonnement du ventre.

10 novembre. P. 138. T. 40°,4. La malade vient d'avoir un frisson au moment où nous prenons son pouls et sa température; pendant cet accès, elle a eu des vomissements bilieux. La langue est nette, très-rouge; deux selles diarrhéiques. La malade ne se plaint d'aucune souffrance, si ce n'est au sacrum, où nous trouvons une suffusion rougeâtre des téguments. La rate est toujours très-volumineuse, le ventre est ballonné; le foie est considérablement augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux à la pression — Potion avec extrait mou de quinquina, 4 gr., on supprime le sulfate de quinine. Depuis le 5 novembre, la malade a tous les jours un bain d'une heure à 30°.

11 novembre. P. 92. T. 38°,6. Respiration soufflante au sommet droit, mais pas de râles. — 12 novembre. P. 114; T. 39°,2.

13 novembre. P. 108; T. 39°. La langue est toujours humide, nette, et ne présente pas de fuliginosités; le foie et la rate n'offrent rien de nouveau; la diarrhée a un peu diminué, mais la malade a toujours des vomissements bilieux: elle n'a plus de forces, le visage ne présente cependant pas d'abattement ni d'hébétude. — Vésicatoire au sommet droit.

14 novembre. P. 96. T. 38°,7. La malade présente une teinte ictérique, les urines ne contiennent pas de matière colorante

de la bile. Les symptômes sont les mêmes, nous trouvons pour la première fois de l'œdème au niveau des malléoles.

15 novembre. P. 116. T. 38°,6. La malade ne peut plus s'asseoir sur son lit; depuis deux jours elle n'a plus de diarrhée; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, les phosphates sont très-abondants, l'urée paraît diminuée (7 gr. par litre) mais les urines des 24 heures n'ont pu être recueillies.

16 novembre. P. 110. T. 37°,4. Même abattement, mêmes symptômes du côté du foie et de la rate. A l'auscultation, nous trouvons une respiration normale en avant; rien à gauche en arrière; mais il y a un souffle aux deux temps dans la fosse sous-épineuse droite. Quant au cœur, nous trouvons toujours le même souffle, mais moins intense. Inappétence absolue, pas de délire.

17 novembre. P. 108. T. 37°,4. Hier soir, vomissements de bile; le sommeil a été agité et interrompu par des cauchemars. La rougeur du sacrum a disparu. Citrate de magnésie, 30 gr.

18 novembre. P. 100. Hier soir, deux vomissements de bile; la malade ne peut rien supporter, ni bouillon, ni vin, ni café. L'abattement est considérable. — 19 novembre. P. 112.

20 novembre. P. 108. La langue et le pharynx sont couverts de muguet. Lavement avec 500 gr. de bouillon et vin, collutoire au borax.

21 novembre. P. 116. T. 37°,4. La langue est absolument débarrassée du muguet. La malade se trouve un peu mieux ce matin; le ventre est ballonné et sensible, mais il n'y a plus de diarrhée. Mêmes signes à l'auscultation.

22 novembre. P. 110. T. 37°,2. Vomissements bilieux pendant la nuit; la peau est chaude et humide, la langue est rouge.

23 novembre. P. 132. T. 37°,2. Les vomissements ont persisté pendant la nuit. La journée est calme; la malade n'a pas eu de frissons, de délire et de diarrhée; elle meurt à 11 h. 1/2 du soir sans souffrances, après avoir eu quelques vomissements bilieux.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Le cadavre présente une coloration jaune de la peau et des conjonctives.

Cœur volumineux et dur; il ne renferme pas de caillots; nous ne trouvons pas non plus de caillots dans les vaisseaux. Épanchement insignifiant dans le péricarde qui est chargé de graisse.

Poumons. Emphysème de tout le poumon gauche, surtout à la base. Nous trouvons au sommet du poumon droit une congestion intense, et des signes d'une véritable pneumonie qui n'avait encore subi sur aucun point la transformation caséuse. Pas d'épanchement dans les plèvres.

Le foie qui ne présente pas d'adhérences anormales, est



extrêmement volumineux, et, en l'incisant, il s'échappe un véritable flot de pus; le pus s'écoule de la veine porte, dont toutes les branches sont remplies; le pus s'écoule des vaisseaux seulement, et nous ne trouvons dans la substance même du foie aucune collection purulente; la vésicule biliaire très-distendue est remplie de pus. La membrane interne de la veine porte est érodée sur plusieurs points, mais ces érosions n'ont pas amené de perforations.

La *rate* offre un volume considérable; elle est dure, très-rouge, elle ne présente d'adhérences sur aucun point. Nous ne trouvons aucune trace de suppuration. Le ventre est très-distendu par les gaz contenus dans les *intestins*; il n'y a pas d'épanchement: nous trouvons quelques plaques de Peyer rouges, et il semble qu'elles ont été le siège d'une inflammation en voie de réparation avancée, mais il n'y a d'ulcération sur aucune d'elles.—Les *reins* ne présentent rien d'anormal. Le cerveau n'a pas été examiné. Les *vaisseaux* des membres n'ont présenté de suppuration sur aucun point.

**33. Ulcérations tuberculeuses de la langue; par M. Charles Rémy, interne des hôpitaux.**

Vouques Justine, 71 ans, couturière, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément (service de M. LANCEREAUX) le 17 avril 1874.

Cette malade a présenté depuis le commencement de l'année 1874, des symptômes de tuberculisation. Toux quinteuse, crachats nummulaires, oppression, amaigrissement considérable, diarrhée, avec hypertrophie du foie.

La maladie va toujours en progressant et sans être autrement remarquable jusqu'au 8 novembre 1874. On constate alors de la dysphagie et l'apparition de deux ulcérations sur la partie moyenne de la langue. La malade meurt le 25 novembre 1874.

**AUTOPSIE.** — Les deux ulcérations constatées pendant la vie sont situées de chaque côté de la ligne médiane, un peu en avant du V lingual. Elles sont linéaires et anfractueuses, et situées sur une légère saillie. Elles ont des bords excavés et légèrement rosés, un fond jaune; elles ne sont pas entourées d'une zone inflammatoire. En avant de l'ulcération droite, on trouve une petite saillie qu'on incise et qui est constituée par un petit tubercule soulevant la muqueuse, saine encore. Dans les poumons, on trouve des tubercules agglomérés avec des masses de pneumonie caséeuse, et des cavernes. Foie gras. Cœur offrent ce que l'on a nommé de l'hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Les autres organes ont paru sains à l'œil nu.

*Examen histologique.* — Un examen plus attentif nous a permis de constater que tout autour de l'ulcération, les tubercules étaient groupés en assez grand nombre. — Sur une coupe faite perpendiculairement à la muqueuse au niveau d'un tubercule n'ayant pas encore déterminé d'ulcération, nous avons vu que la muqueuse proprement dite (épithélium de revêtement et papilles) est saine, ainsi que la couche de fibres lisses sous-jacente. C'est le tissu cellulaire séparant les fibrilles des muscles striés qui est atteint par places. Les fibres musculaires sont écartées par des amas de noyaux embryonnaires plus ou moins considérables. Les tubercules plus volumineux ont leur centre occupé par une masse jaunâtre sans organisation, que nous avons supposé être une dégénérescence graisseuse des éléments précités.

Dans quelques-uns de ces nodules, on constate au centre des cellules plus volumineuses que les noyaux embryonnaires et disposées en circonférence, ce sont très-probablement des glandes. Le cercle ainsi circonscrit est quelquefois occupé par une matière amorphe semblable à celle que j'ai décrite, mais plus réfringente.

**34. Fœtus expulsé avec ses membranes décollées du placenta qui est demeuré dans l'utérus; par M. RAFFINÉSCU, interne des hôpitaux.**

Malade syphilitique, âgée de 24 ans, entrée le 4 juin à l'hôpital de Lourcine (Service de M. DUBRUEIL) pour un chancre induré, bientôt suivi de roséole et de plaques muqueuses du pharynx et de l'anus. Elle a eu un enfant il y a cinq ans, et un autre il y a deux ans; tous deux sont bien portants. Les accouchements ont été normaux. Peu de temps après avoir été infectée, elle devenait enceinte. Elle est soumise au traitement mercuriel dès son entrée.

Le 22 novembre, avortement à 6 mois 1½ environ. Le fœtus ne présente à l'autopsie rien de spécial. Il est dans un état de macération qui fait remonter sa mort à plusieurs jours. Les cavités splanchniques sont remplies de sérosité sanguinolente. Le système osseux n'a rien d'anormal, si ce n'est peut-être la coloration rouge foncé des cartilages épiphysaires. Pas de productions sous-périostiques.

Le fœtus a été expulsé dans l'amnios non rompu, sans le placenta qui est resté dans l'utérus. Il y a donc eu déchirure du chorion au pourtour du placenta, décollement de l'amnios de toute la surface de la même partie, et arrachement du cordon à son point d'implantation. Il est remarquable que ce

décollement ait eu lieu spontanément. — La délivrance a dû être faite par expression utérine.

**25. Rétrécissement fibreux du rectum; mort par péritonite et pleurésie purulentes; lymphangite purulente diaphragmatique; par M. CUFFER, interne des hôpitaux.**

X... âgé de 57 ans, entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, N° 50, (Service de M. GOSSELIN) était d'une bonne santé habituelle, jusqu'à ces cinq dernières années. Il avait eu seulement des hémorroïdes externes, qui ne se sont jamais enflammées, et qui n'ont jamais provoqué de gêne de la défécation, ni d'accidents inflammatoires du côté du rectum.

Il y a cinq ans, il commença à éprouver de la constipation. Celle-ci augmenta progressivement et s'accompagna de temps en temps de coliques plus ou moins fréquentes. Puis survinrent, par moments, de véritables débâcles à la suite desquelles le malade éprouvait un soulagement notable.

Cet état dura environ trois ans sans altérer sensiblement la santé. Mais, il y a dix-huit mois, aux symptômes précédents vinrent se joindre des épreintes parfois très-douloureuses avec du ténesme rectal, des coliques souvent très-vives avec goudement du ventre. Enfin le malade commença à perdre ses forces, à maigrir; l'état général s'aggrava de plus en plus.

A son entrée à l'hôpital, il y a quinze jours, on constate au niveau de l'anus des hémorroïdes externes, flasques, peu volumineuses. Le toucher rectal fait découvrir profondément, environ à 7 centimètres de l'anus, une partie rétrécie. Au niveau de ce rétrécissement, la muqueuse semble saine en arrière, mais en avant elle est irrégulière, bosselée, tomenteuse. Le doigt peut être introduit dans le rétrécissement, mais ne peut atteindre sa limite supérieure. Cette partie rétrécie est résistante et ne se laisse pas forcer.

Il est évident que ce rétrécissement n'est pas épithéliomateux : la sensation donnée par le toucher, l'absence d'odeur, d'écoulement sanguin et ichoreux, la résistance des tissus, permettent d'éliminer cette hypothèse. Il présente au contraire la plupart des signes des rétrécissements fibreux. Mais quelle en est l'étiologie? On ne trouve dans les antécédents du malade, ni syphilis, ni dysenterie, ni traumatisme, aucune cause, en un mot, pouvant expliquer le développement d'un rétrécissement fibreux du rectum.

On aurait pu, il est vrai, penser au premier abord, à la dysenterie, mais nous avons vu que les signes de dysenterie avaient été consécutifs aux premiers symptômes du rétrécis-

sement. Du reste, M. le professeur Gosselin a décrit, dans les rétrécissements du rectum un ensemble de symptômes se rapprochant de ceux de la dysenterie et qu'il désigne sous le nom de *fausse dysenterie* des rétrécissements du rectum. L'atropia, ainsi que nous le verrons, a d'ailleurs prouvé qu'il n'y avait aucune trace de dysenterie dans le gros intestin, les lésions étant limitées à l'extrémité inférieure du rectum.

M. Gosselin débride le rétrécissement, en trois points, par des incisions peu profondes, à la suite desquelles le doigt franchit facilement le rétrécissement. Pas d'accident immédiat, pas d'hémorrhagie, pas de signes de péritonite.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, le malade se trouva soulagé; l'état général était très-satisfaisant. Mais le quatrième jour, la fièvre parut, en même temps qu'un point de côté violent, du côté droit de la poitrine, avec frissons très-intenses. Le malade se plaignait aussi de quelques douleurs abdominales.

Du côté de l'abdomen, on ne constata aucun signe évident de péritonite. Mais, à l'examen de la poitrine, on trouva à droite des frottements pleuraux très-nombreux, dans une grande étendue. Ces signes ne persistèrent pas longtemps; le lendemain, on reconnut que la pleurésie s'accompagnait d'un épanchement assez abondant.

L'état du malade s'aggrava de plus en plus, la dyspnée devint très-intense, les frissons se répétèrent et la mort survint, le huitième jour après l'opération.

**AUTOPSIE.** — A l'extrémité inférieure du *rectum*, on trouve un rétrécissement de couleur blanchâtre, présentant en certains points des bosselures, qui rappellent parfaitement celles que le toucher rectal avait fait reconnaître pendant la vie.

La paroi du rétrécissement est très-épaisse. On voit les traces des trois incisions faites par M. Gosselin; ces incisions n'ont pas dépassé l'épaisseur du rétrécissement. Nulle part, on ne trouve de perforation du rectum. Au-dessus du rétrécissement la muqueuse est ulcérée dans une assez grande étendue. Cette ulcération est irrégulière, d'une couleur noirâtre; la muqueuse à ce niveau est ramollie et fortement congestionnée. — Le reste du rectum est sain, de même que le colon dans toute sa longueur.

Le *péritoine*, dans toute son étendue, est recouvert de fausses membranes déjà anciennes formant, en certains points, de véritables paquets pseudo-membraneux. La portion de péritoine qui recouvre le rectum est épaissie et semble avoir été le siège d'une poussée inflammatoire récente. La cavité du petit bassin contient une assez grande quantité de pus. Les

autres organes de la cavité abdominale ne présentent aucune altération : le foie, la rate, les reins sont sains.

Le diaphragme offre au contraire des lésions très-intéressantes. Le péritoine sous-diaphragmatique est enflammé, recouvert de fausses membranes disposées sous forme de trainées, de réseaux rappelant la disposition des vaisseaux lymphatiques de cette région, c'est-à-dire suivant la direction des branches de l'artère diaphragmatique inférieure.

La plèvre diaphragmatique est également recouverte de fausses membranes; mais elles sont de date plus ancienne, et ne sont pas disposées comme les précédentes. Elles sont très-épaisses.

L'examen histologique du diaphragme fait par M. COYNE permet de constater que les vaisseaux lymphatiques qui établissent une communication entre la plèvre et le péritoine sont enflammés; leurs parois sont épaissies; ils sont remplis par des caillots fibrino-purulents qui sont bien l'indice d'une lymphangite purulente diaphragmatique, ce qui permet d'expliquer la propagation de l'inflammation du péritoine sous-diaphragmatique à la plèvre.

La plèvre droite, dans le reste de son étendue, est tapissée de fausses membranes; elle est en outre remplie, en partie, par un épanchement de sérosité louche. De plus, on constate, entre le lobe moyen et le lobe inférieur du poumon, un épanchement pleurétique purulent, enkysté par des fausses membranes assez récentes. Il y a également un foyer purulent enkysté au niveau de la plèvre médiastine antérieure.

Le poumon droit est très-congestionné; on ne trouve aucune trace d'abcès. Le poumon gauche est seulement congestionné. — Le cœur présente peu d'altérations si ce n'est un peu d'épaississement du bord libre de la valvule mitrale. — La crosse de l'aorte est tapissée par des plaques d'athérome très-étendues.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Sans parler de la cause du rétrécissement du rectum qui est restée inconnue jusqu'à la fin, elle fait bien voir la marche progressive de cette sorte de lésion, avec développement d'ulcérations au-dessus du rétrécissement, ulcérations donnant lieu aux signes de la fausse dysenterie.

Il est probable que, chez notre malade, à la suite de l'opération, il s'est produit une poussée inflammatoire vers le péritoine. L'inflammation, en se propageant, aura gagné le péritoine diaphragmatique, puis, par l'intermédiaire des lymphatiques, la plèvre diaphragmatique, d'où son extension au reste de la plèvre; enfin la pleurésie se développant chez un sujet prédisposé a pris facilement la forme purulente.

**36. Sarcome de l'ethmoïde ayant envahi les cavités orbitaire et crânienne ; abcès du cerveau ; par M. BOULLY, interne des hôpitaux.**

Le nommé Vevins, âgé de 29 ans, entre le 1<sup>er</sup> novembre 1874 à l'hôpital de la Pitié (service de M. VERNEUIL), salle Saint-Louis, n° 30. Jusqu'au mois de mai de cette année, ce garçon, d'une constitution assez vigoureuse, n'a fait aucune maladie ; son affection a débuté à cette époque par des épistaxis abondantes se faisant exclusivement par la narine droite. Ces épistaxis se répétèrent assez fréquemment et furent assez abondantes pour déterminer le malade à entrer à la Pitié, dans le service de M. Labbé. L'examen des fosses nasales démontra à droite une tumeur rouge, molle, emplissant presque complètement la fosse nasale droite. Un petit morceau de cette tumeur, enlevé d'un coup de ciseau et examiné au microscope, y démontra la structure du tissu sarcomateux. En même temps, le malade se plaignait de douleurs intenses dans la tête, surtout vers le front. Après un séjour de quelque temps à l'hôpital et un traitement qui consista en injections dans le nez et dans l'administration de l'iodure de potassium, les épistaxis devinrent moins fréquentes, et le malade sortit de l'hôpital pour rentrer vers le mois de novembre dans le service de M. Verneuil.

A cette époque, 1<sup>er</sup> novembre, de nouveaux phénomènes se sont manifestés : depuis deux mois, l'œil droit a été lentement et progressivement chassé de la cavité orbitaire ; et aujourd'hui, il y a une exophtalmie très-prononcée avec déviation de la pupille en dehors et en bas. Celle-ci a le même diamètre que celle du côté opposé ; la perception lumineuse est normale ; il n'y a pas de diplopie. Il n'existe qu'une gêne douloureuse dans les mouvements d'adduction de l'œil. En outre, depuis deux jours les paupières, la supérieure surtout, présentent une tuméfaction et une rougeur phlegmoneuses ; et à la racine du nez, il existe une saillie qui se continue avec le gonflement de la paupière supérieure. — A la région cervicale droite, on trouve des ganglions mobiles, dont un très-prononcé, au niveau de la région hyoïdienne. Ces ganglions ne se seraient montrés que depuis un mois environ. — Pas d'épiphora.

Dans la fosse nasale droite, on ne constate plus la présence d'une tumeur ; l'air y passe librement ; la déglutition s'exécute assez facilement. Les épistaxis sont devenues beaucoup plus rares et beaucoup moins abondantes. Le malade accuse

des douleurs frontales très-vives, s'irradient dans l'œil, avec exacerbations nocturnes et insomnie.

L'amaigrissement est très-prononcé ; l'appétit est languissant ; le teint est jaunâtre, cachectique.

10 novembre. Depuis deux à trois jours, la tumeur de la racine du nez, qui, au moment de l'entrée, était dure et résistante, est devenue molle et fluctuante. La rougeur de la paupière supérieure a augmenté, ainsi que la tuméfaction, et aujourd'hui, il s'est fait, vers son t<sup>1</sup>/<sub>3</sub> interne, une petite ulcération spontanée qui donne issue à une notable quantité de pus épais, phlegmoneux, dont on augmente l'écoulement par la pression sur la tumeur de la racine du nez.

Jusqu'au 13 novembre, cet écoulement persista, amenant une certaine détente dans les symptômes douloureux ; à ce moment, l'ulcération spontanée se forma et l'issue du pus fut supprimée. Les douleurs reparurent, et le 13 novembre, une application d'une petite pincée de pâte de Vienne fut faite sur la paupière supérieure, au siège de la première ouverture, pour faire échapper le pus qui semblait retenu. — Cette rétention du pus avait été accompagnée, la nuit dernière, de douleurs de tête atrocement vives, et de quelques envies de vomir.

19 novembre. Depuis ce matin, phénomènes cérébraux très-marqués : le malade a perdu absolument connaissance ; il n'entend plus, ne répond plus et semble étranger au monde extérieur.

Il n'y a nulle part de paralysie appréciable du mouvement ; les mains sont agitées de mouvements ; le malade traîne ses couvertures, semble chercher des corps étrangers, soit en l'air, soit sur son corps, se tire la verge comme pour se masturber, etc.

La sensibilité est très-diminuée, et du côté gauche du corps, elle est abolie. Les pupilles sont égales, très-contractées. Il n'y a pas de phénomènes nouveaux du côté de l'œil ni des paupières. A quatre heures de l'après-midi, le malade meurt, après avoir présenté une contraction des fléchisseurs des doigts, assez prononcée pour serrer ses couvertures, qu'on a peine à lui faire lâcher.

AUTOPSIE. On fait avec la scie, immédiatement au-dessus des bosses orbitaires une section du crâne et de l'encéphale. 1° Au niveau des fosses ethmoïdales et les comblant entièrement, se voit une tumeur rougeâtre, ayant l'apparence fongueuse de bourgeons charnus mollasses. On ne voit plus ni lamæ criblée, ni apophyse crista-galli, ni aucun détail de la région. Tout est comblé par la production morbide. Celle-ci est surtout prononcée à droite ; tandis qu'à gauche, elle ne

dépasse pas le niveau de la base du crâne, à droite, elle envoie un prolongement vertical considérable situé entre l'os frontal et le lobe antérieur du cerveau. Une partie de la tumeur a aussi envahi le sinus frontal, mais sans le dilater. Elle a envoyé un deuxième prolongement en dehors, du côté de l'orbite, en détruisant la lamelle de l'ethmoïde, qui concourt à former la paroi interne de la cavité orbitaire, et en faisant saillie dans cette cavité; enfin, un troisième prolongement en dehors et en avant, du côté de l'arcade sourcilière, au niveau du trou sus-orbitaire, ou plutôt au niveau d'une vaste échancrure d'environ un centimètre qui a remplacé ce trou, par destruction de l'os. — La paroi supérieure de la fosse nasale droite est remplacée par la tumeur au niveau de l'ethmoïde; cette tumeur ne fait que peu de saillie en bas, et la fosse nasale est à peu près libre.

2° *Lésions cérébrales.* La coupe a intéressé l'encéphale à 4 c. 5 mm. environ de sa base; au niveau de la partie antérieure du lobe antérieur, elle a ouvert un vaste abcès occupant l'épaisseur de la substance cérébrale, ayant détruit la corne frontale du lobe droit, et qui venait, en suivant la paroi supérieure de l'orbite, se vider par l'échancrure sus-orbitaire dans l'épaisseur de la paupière supérieure, en fusant vers la racine du nez. C'était donc un abcès cérébral qui s'était ouvert spontanément dans la paupière.

Autour de l'abcès, la substance cérébrale est ramollie et convertie en une bouillie diffuente. On n'aperçoit plus de scissure médiane entre les hémisphères; le lobe droit dans sa partie interne est fortement déjeté vers cette scissure, refoulé à la fois par la tumeur qui est en avant, et par la collection purulente qui est dans son épaisseur. Les nerfs olfactifs, petits, grisâtres, paraissent à l'œil nu considérablement atrophiés. Les méninges de la base ne présentent pas de traces d'inflammation aiguë. Au niveau du point où le pus avait fusé en dehors, elles sont détruites et adhérentes entre elles. — Les autres viscères sont parfaitement sains.

**37. Note sur deux cas de thrombose pulmonaire développée dans le cours de cancers viscéraux;** par M. G. HOMOLLE, interne des hôpitaux (1).

J'ai présenté à la Société anatomique, au mois d'octobre, un cas de thrombose de l'artère pulmonaire dont j'avais recueilli les pièces à l'autopsie d'une femme morte de cancer utérin; tout récemment, j'ai eu l'occasion de rencontrer un

---

(1) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.



nouvel exemple de la même lésion, survenue chez un sujet atteint de carcinome pylorique. Ces deux faits indiquent un certain degré de fréquence d'une lésion, sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment appelé l'attention, et qui paraît cependant avoir une part assez importante dans les accidents qui peuvent compliquer la marche ou hâter la terminaison fatale des cancers viscéraux.

Tantôt, en effet, la thrombose pulmonaire étendue aux premières divisions de l'artère donne lieu à des phénomènes graves d'un caractère assez spécial pour qu'on puisse songer au diagnostic et en saisir la signification pronostique fort grave, sinon en tirer de sérieuses indications thérapeutiques ; tantôt, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, les coagulations artérielles ne se révèlent par aucun trouble notable, mais leur présence et la diminution importante du champ respiratoire qu'elles entraînent peuvent, à un moment donné, favoriser l'action d'autres causes (état syncopal passager, etc.), qui amènent la mort.

C'est ainsi qu'il faut sans doute interpréter les accidents ultimes survenus chez le malade dont j'ai montré les pièces aujourd'hui ; la cancéreuse dont j'ai parlé au mois d'octobre a présenté, au contraire, un type des symptômes fonctionnels graves auxquels on peut reconnaître pendant la vie la thrombose pulmonaire.

Phénomène de même ordre que les coagulations périphériques des veines des membres, la formation des caillots dans l'artère pulmonaire est une conséquence de l'insuffisance cachectique, et se produit à une époque avancée du mal. Chez nos deux malades, il y avait coïncidence des deux ordres de lésions.

En pareil cas, il importe de distinguer pendant la vie, lorsqu'il y a des troubles fonctionnels en rapport avec les lésions vasculaires intra-pulmonaires, et à l'autopsie, les véritables thromboses des embolies dont peut s'accompagner la phlegmatia cancéreuse.

Au point de vue symptomatique, les difficultés peuvent être assez grandes ; car la thrombose donne lieu à des accès dont la brusquerie simule l'invasion brusque des accidents de nature embolique ; elle peut, d'autre part, ne pas se révéler, en dehors de ces crises, par des troubles bien caractéristiques.

Il est cependant rare qu'on n'observe pas, avant les exacerbations et dans leur intervalle, une dyspnée continue hors de proportion avec les signes fournis par l'examen du cœur et des poumons. L'intégrité du poumon est moins absolue que dans le cas d'embolie récente, mais, sauf complication, les lésions consécutives à la thrombose ne se révèlent guère par

des phénomènes d'auscultation ou de percussion bien importants.

Au moment où se produisent les crises semblables à celles que j'ai indiquées chez la première malade, l'invasion, quoique rapide, est moins subite que dans l'embolie; mais dans les deux cas, on retrouve cette association de l'asphyxie et de l'état syncopal que Virchow, M. Ball et tous ceux qui ont décrit l'embolie pulmonaire, indiquent avec soin.

C'est, avec la même angoisse dyspnéique et la même cyanose aiguë, un semblable refroidissement périphérique, une même accélération, avec excessive petitesse du pouls. A la suite de l'accès, une hémoptysie de caractère spécial peut succéder à l'infarctus embolique; rien de pareil dans la thrombose. Enfin, la répétition des accidents semble la règle dans le dernier cas; elle est au moins exceptionnelle dans le cas d'embolie.

A l'autopsie, il faudra comparer avec soin les caillots des veines périphériques et ceux de l'artère pulmonaire, qu'on trouvera parfois manifestement plus anciens que les premiers. D'ailleurs, la disposition des coagula dans le poumon diffère dans les deux cas, et les signes indiqués par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, sont ceux qui doivent encore conduire au diagnostic exact de la lésion anatomique.

**OBSERVATION.** — *Cancer du pylore. Cachexie. Thrombose de la veine médiane basilique droite, sans œdème. Mort subite.* — *A l'autopsie, thromboses multiples des branches de l'artère pulmonaire.*

Langl..., 44 ans, entre dans les premiers jours d'octobre 1874, à la salle St-Louis (n° 14), dans le service de M. BOURDON, à la Charité.

C'est d'un homme d'une constitution très-affaiblie, pâle et maigre, d'aspect tout à fait cachectique. Il ne fait remonter cependant le début de son mal qu'à un petit nombre de mois. Habituellement bien portant, sans antécédents héréditaires diathésiques, il dit avoir éprouvé, il y a six mois, de profonds chagrins et des souffrances morales prolongées.

Deux mois plus tard, ses digestions, qui, auparavant, étaient parfaitement régulières, commencèrent à se troubler; la constipation devint habituelle, et il commença à ressentir de vives douleurs à la base du thorax, derrière l'appendice xiphoïde et un peu au-dessus, sans irradiations vers le rachis. En même temps, bien qu'il continuât à prendre de la nourriture pour laquelle il n'éprouvait aucun dégoût, il s'amaigrissait rapidement. Il ne survint pas de nouveaux acci-

dents pendant trois semaines ; mais alors il se mit à vomir ses aliments mêlés de matières glaireuses acides, à souffrir d'éruptions fréquentes. L'amaigrissement fit alors de tels progrès que ses amis, dit-il, hésitaient à le reconnaître.

Ces accidents et cet état général mauvais firent des progrès jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

Il était alors, comme je l'ai dit, tout à fait cachectique ; la peau était partout flasque et creuse. Le développement considérable de la partie supérieure du ventre contrastait avec l'émaciation générale.

Il était facile de reconnaître un état de dilatation considérable de l'estomac ; la forme même de la distension sus-ombilicale, le bruit de glouglou qui se produisait pendant la percussion, ne laissaient aucun doute à cet égard.

Les vomissements se reproduisaient tous les deux ou trois jours, extrêmement abondants ; c'était une bouillie grisâtre, très-acide, d'odeur aigre, dont le passage causait au malade une sensation de brûlure. Dans l'intervalle des vomissements se produisaient des éructations bruyantes.

Vers le milieu de novembre, le malade se plaignit de douleurs à la face interne du bras gauche ; là, se dessinaient déjà de petites veines sous-cutanées qui formaient des cordons durs, en continuité avec une induration cylindrique, allongée dans la direction de la veine basilique.

Les choses en étaient là depuis une dizaine de jours, lorsque, une après-midi, le malade fut pris en vomissant, au milieu de l'état demi-syncopal qui accompagne la nausée, d'une angoisse dyspnéique de courte durée. Deux jours après, dans les mêmes circonstances, il éprouva la même sensation de suffocation imminente, appela le garçon de la salle en disant qu'il se sentait étouffer, et succomba.

AUTOPSIE le 21 novembre 1874 (43 h. après la mort).

Dès que la cavité abdominale est ouverte, on reconnaît la présence de gros ganglions disposés tout le long de la colonne vertébrale, et d'une masse principale formée par plusieurs ganglions et par l'extrémité pylorique de l'estomac dilaté, adhérente à la face inférieure du foie, qui est le siège des noyaux cancéreux multiples.

En examinant plus attentivement, il est facile de se convaincre qu'il n'y a que des adhérences, sans continuité de la tumeur entre les masses ganglionnaires et la portion pylorique de l'estomac, entre celle-ci et le foie. Il est également évident qu'il y a une tumeur du pylore.

L'estomac, énorme, est libre d'adhérences, sauf au niveau même de son extrémité duodénale ; ses faces sont saines ; sa grande courbure ne présente aucune altération ; le long de la

petite courbure sont quelques ganglions. On ne voit pas de gros vaisseaux lymphatiques se rendre vers ces ganglions.

L'estomac renferme une masse pulpeuse, diffluente, d'odeur aigre, blanchâtre, formée de lait coagulé. La muqueuse est saine ou seulement épaissie dans toute son étendue jusqu'à quatre centimètres du pylore. La musculuse est partout hypertrophiée.

Dans une hauteur de quatre centimètres au-dessus de l'anneau pylorique très-épaissi, l'aspect change assez brusquement. Au-dessous d'un léger relief à bourrelet circulaire, le tissu perd brusquement l'apparence d'une muqueuse en même temps qu'il se déforme légèrement; il est moins tomenteux, plus ferme, plus lardacé en apparence. Sa teinte est moins rosée, plus blanchâtre, avec quelques marbrures ardoisées; ce tissu morbide présente quelques inégalités, des dépressions peu profondes, et des saillies molles plus ou moins volumineuses, les unes pédiculées, putrilagineuses, les autres formant de petits dépôts superficiels de même apparence, qui représentent les portions mortifiées et non encore éliminées du néoplasme.

Les parois stomacales augmentent notablement d'épaisseur dans toute la hauteur de l'anneau cancéreux, et atteignent 25 millim.; d'épaisseur immédiatement au-dessus de la coarctation pylorique. Cet épaississement des parois est formé aux dépens de la musculuse, qui mesure un peu plus d'un centimètre, et surtout de la sous-muqueuse envahie par le produit morbide; celle-ci a de 6 à 7 millimètres d'épaisseur.

L'orifice du pylore très-étroit, au point de ne laisser passer l'extrémité du petit doigt, a seulement 4 centimètres de circonférence.

Il est occupé par une masse végétante, molle, assez vascularisée en quelques points, et présentant en d'autres une surface d'un gris-rosé, semée de grains miliaires jaune pâle. Cette production presque pulpeuse est irrégulièrement mamelonnée, elle s'insère sur presque tout le contour valvulaire et proémine dans le duodénum, dont on voit, immédiatement au-dessous, la muqueuse saine.

Noyaux cancéreux multiples du foie. Pas d'autres foyers de généralisation viscérale. Tous les ganglions de l'insertion mésentérique sont envahis. Pas de cancer de la colonne vertébrale. Reins et rate sans lésions.

*Poumons* partout crépitants, grisâtres, pâles, nullement congestionnés, sans adhérences pleurales. Au sommet droit, on trouve de petits noyaux d'induration fibroïde et des granulations fibreuses (gran. de Bayle) peu nombreuses, sous-pleurales. Les lésions intéressantes sont des thromboses multi-

ples des branches de l'artère pulmonaire. Au premier éperon de la branche artérielle qui se distribue au lobe supérieur droit, est un caillot fibrineux décoloré, dense, intimement adhérent à la partie postérieure du vaisseau, peu ou point dans la moitié antérieure. La partie de ce caillot qui occupe les plus petites branches vasculaires est la plus ancienne : il est là plus décoloré, plus ferme, et paraît granuleux à la coupe ; il se prolonge dans les ramifications artérielles avec les mêmes caractères (couleur rouge pâle, adhérence plus ou moins absolue aux parois, consistance ferme.) Dans les branches supérieures, sont des caillots partiellement colorés, mais encore très-consistants, moins adhérents. L'extrémité libre du caillot principal est mousse, conoïde.

Dans la division artérielle du lobe moyen se trouve un caillot de même nature, au niveau du premier éperon ; il se prolonge dans toute l'étendue des deux branches de bifurcation ; et d'autre part au-dessus de l'éperon dans une hauteur de sept à huit millimètres ; il se termine par une extrémité libre, mousse ; dans un tiers de la circonférence, il adhère au vaisseau, au point de n'en pouvoir être détaché.

A gauche, lésions de même nature ; caillots adhérents fermes, distendant deux branches de troisième ordre du lobe inférieur, et se continuant dans leurs ramifications, en continuité d'autre part avec des coagula plus récents, en partie seulement décolorés, qui remplissent les branches de deuxième ordre et viennent confluer dans le tronc commun du côté gauche, où se trouve un caillot fibrino-globulaire plus mou.

Même disposition dans le lobe supérieur droit, de sorte que toutes les divisions artérielles de ce côté renferment des caillots assez récents dans les premières divisions, anciens et tout à fait adhérents, distendant même les vaisseaux, dans les troisième divisions et au-dessous.

Le cœur, de volume normal, a des parois un peu molles et d'un brun jaunâtre (fibres bien striées, mais présentant d'assez nombreux amas de granulations graisseuses, surtout autour des noyaux du myolemme). Les veines crurales et iliaques ne renferment pas de caillots. La veine *médiane basilique* droite et quelques veines y afférentes renferment des caillots assez durs, peu adhérents. Le *cerveau* est très-pâle, anémié ; pas d'altérations des parois artérielles ; pas de thromboses artérielles.

**38. Eclampsie puerpérale; mort rapide; stéatose rénale; stéatose et infiltration biliaire du foie, avec hémorragies multiples sous la capsule de Glisson; par M. HOMOLLE, interne des hôpitaux.**

Une jeune femme de 20 ans, primipare, entre le 21 novem-

bre, à 10 heures du soir, dans la salle d'accouchements de la Charité, (Service de M. Bourdon). Elle a eu, deux heures avant son entrée, une première attaque éclamptique, à la suite de laquelle elle est restée à peu près complètement sans connaissance. Elle a un œdème modéré des extrémités inférieures. Aussitôt après son arrivée, elle est soumise à l'action du chloroforme et maintenue dans l'anesthésie jusqu'à la délivrance.

À 11 heures, la dilatation est suffisante pour qu'on puisse pratiquer la version, qui présente quelques difficultés. Il faut employer le forceps pour amener la tête. — L'enfant est mort. (On avait pu constater des battements de cœur fœtal peu avant l'accouchement.) — Deux attaques peu intenses, presque avortées, se produisent durant le travail; elles semblent entravées par le chloroforme. — Après la délivrance, la femme reste sans connaissance; elle meurt à 5 h. du matin, dans le coma, sans avoir eu de nouvel accès convulsif.

**AUTOPSIE.** L'utérus et les culs-de-sac sont absolument indemnes de toute lésion. Il n'existe aucune trace de péritonite; mais on trouve, en quelques endroits, des ecchymoses sous-péritonéales, et, dans les parties déclives de la cavité abdominale, se concentre un épanchement modéré de sérosité sanguinolente.

Mais ce qui appelle immédiatement l'attention, c'est une lésion hépatique. Le *foie*, de volume normal, présente une coloration jaune fauve; sa surface est parsemée d'innombrables taches d'un rouge vif rutilant; celles-ci ont une étendue variable, offrant le plus souvent le diamètre d'une lentille, mais, par leur confluence, forment, en quelques points, des plaques à contours festonnés. Au niveau du ligament suspenseur du foie, dans toute sa longueur, et sur une largeur de 5 à 6 centimètres, la capsule de Glisson est décollée par un épanchement sanguin. Le caillot mince, presque membraniforme, infiltre le tissu cellulaire sous-capsulaire. — Sur les coupes, le tissu est marqué de petites taches rouges d'apparence ecchymotique, confluentes et groupées autour du vaisseau en traînées linéaires. Le liquide qui imprègne le parenchyme hépatique tache vivement les doigts en jaune.

Au *microscope*, on constate que les cellules du foie sont pleines de granulations graisseuses; il n'y a pas d'hémorragies intra-lobulaires. Congestion très-intense.

Les *reins*, de volume normal, ont une teinte jaune pâle; sur les coupes, les substances corticale et médullaire semblent se confondre. Les divers éléments de l'organe sont le siège d'une stéatose qui a envahi, non-seulement l'épithélium des tubuli, mais aussi le stroma conjonctif. — Les poumons et le

cœur sont sains. — Un grand nombre de circonvolutions cérébrales sont le siège de très-petites apoplexies capillaires.

M. CORNIL. M. Homolle a dû avoir plusieurs fois l'occasion de faire l'autopsie de femmes qui avaient succombé à la suite d'attaques d'éclampsie. A-t-il observé la même lésion ?

M. HOMOLLE. Je n'ai fait cet examen que dans un seul cas. Le foie présentait une lésion analogue, mais plus avancée ; il était très-mou, et s'affaissait complètement sous le doigt ; les cellules hépatiques étaient complètement détruites, et formaient un détritus granuleux comme dans les cas d'ictère grave. Il existait en outre dans le cerveau de nombreux foyers de ramollissement rouge, avec des corps granuleux en grande quantité.

**39. Endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'aorte et de la mitrale ; embolie de l'humérale droite ; anévrysme de la fémorale, consécutif à l'embolie (?) ;** par M. TURNER, membre adjoint de la Société.

Abel Pujol, menuisier, 42 ans, entre le 9 novembre 1874, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 42 (service de M. SIREDEY).

*Antécédents.* Père et mère encore vivants. Un frère et une sœur bien portants. — Une première atteinte de rhumatisme à 16 ans, une deuxième à 20 ans.

Il y a 5 mois, fin *juillet*, pneumonie gauche précédée de frisson, avec point de côté. Au bout de 3 semaines environ, il se trouvait mieux, bien que conservant de l'oppression ; il fut pris subitement, pendant une promenade à travers champs où la marche était difficile, d'un engourdissement douloureux dans le membre inférieur droit ; on fut obligé de le rapporter chez lui. Le malade dit qu'il n'y eut pas de coloration anormale de la peau, mais un refroidissement notable qui dura 24 heures.

Il se remit peu à peu, sans pouvoir toutefois reprendre son travail. Il lui restait de l'oppression. Il éprouvait à la région précordiale une douleur sourde et qui semblait lui traverser la poitrine. Les jambes présentaient parfois un peu d'enflure.

Au commencement d'*octobre*, il entra à l'hôpital Saint-Antoine. Là, il fut pris encore subitement, étant au lit, d'engourdissement et de froid, mais au bras droit. Cette fois la douleur était moins vive. Le froid céda assez vite : l'engourdissement ne disparut pas complètement.

Bientôt, on ne fit plus attention qu'à l'oppression, qui allait

toujours croissant et à la douleur de la région précordiale et épigastrique, où se voient encore les traces d'un vésicatoire.

*État actuel.* Lors de son entrée à Lariboisière, il est très-maigre, a le teint jaune, cachectique; l'oppression est très-grande, il a plutôt l'apparence d'un phthisique que d'un cardiaque. Il accuse une douleur au mollet droit. Cette douleur augmente à la pression et s'irradie le long de la cuisse; on ne sent pas de cordon dur, il n'y a pas d'œdème.

Au pli de l'aîne, M. Siredey signale une dilatation anévrysmatique de la fémorale. Immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, existe en effet une tumeur allongée, grosse comme le pouce, animée de mouvements d'expansion, présentant à l'auscultation un bruit de souffle rude. Le malade ne se souvient pas d'avoir reçu de coup à cet endroit. Les battements artériels sont moins forts dans toute l'étendue du membre inférieur droit. La main perçoit la même température des deux côtés, mais le malade nous dit que la jambe droite se refroidit plus facilement que la gauche.

L'absence du pouls radial, à droite, fait faire un examen plus attentif des vaisseaux artériels du membre supérieur droit. Non-seulement il n'est pas possible de sentir le trajet de la radiale et de la cubitale, mais on ne trouve de l'humérale qu'un petit filet à peine sensible au niveau de son origine. Le bras droit offre un léger engourdissement et sa température est notablement diminuée. Le 19 novembre, le thermomètre appliqué au pli du coude donne, à droite 34°, et à gauche 35°, 1'. On sent très-bien les battements de la sous-clavière et de l'axillaire; on ne trouve point de tumeur anévrysmale sur le trajet de l'humérale, et l'exploration est facile, car le sujet est très-amaigri.

La main appliquée sur la région précordiale perçoit faiblement les battements du cœur. La pointe bat au-dessous et en dehors du mamelon. La matité semble un peu augmentée. Les battements sont réguliers. On entend distinctement 2 bruits de souffle; le plus intense au premier temps et à la pointe, l'autre au deuxième temps à la base, aspiratif. Souffle dans les carotides.

Matité à la base du poumon gauche en arrière. Quelques râles sous-crépitaux plus abondants à gauche, disséminés à droite; pas de toux, peu d'expectoration, oppression très-pénible, pas d'œdème des membres inférieurs.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume. La rate au contraire est hypertrophiée. — L'oppression augmente de jour en jour, le malade perd ses forces et succombe le 22 novembre.

*AUTOPSIE.* — Le cœur, un peu hypertrophié, présente les lésions de l'endocardite végétante, également développées aux deux



orifices du cœur gauche, sur les valvules sigmoïdes de l'aorte et sur la mitrale. Ces valvules qui ont subi un certain degré de rétraction en s'épaississant et en s'incrustant, sont couvertes de végétations fibrineuses de diverses grosseurs, assez friables. Une, de la dimension d'un haricot, s'est détachée pendant l'examen, de l'orifice auriculo-ventriculaire. Des caillots de fibrine plus récemment coagulée sont arrêtés au milieu des végétations et des aspérités athéromateuses des orifices. Ils étaient là tout prêts pour l'embolie ; mais les orifices très-rétrécis ne pouvaient que difficilement les laisser passer et devaient singulièrement ralentir la circulation. — Rien au cœur droit ni dans l'aorte. Un peu de congestion du poumon gauche à sa base. Infarctus jaune de la rate qui présente dans le voisinage de cette altération deux points ramollis.

Dans le foie, quelques petits infarctus gros comme des grains de millet, sur le bord tranchant. Rien dans les reins.

L'humérale, disséquée avec soin, présente une embolie manifeste. Un petit caillot fibrineux s'est arrêté sur l'éperon de l'humérale profonde. Le calibre de l'artère brachiale est rétréci dans l'étendue de 5 à 6 centimètres au-dessous du point oblitéré.

A la fémorale, l'embolie n'est pas aussi manifeste. Il y a là une véritable tumeur anévrysmale au niveau de l'origine de la fémorale profonde, qui se trouve comme englobée dans des caillots fibrineux de la grosseur d'une petite noix. Le calibre de l'artère fémorale elle-même semble perméable au courant sanguin et ne contient pas de caillots anciens. On y constate les pointes aiguës de deux petites concrétions athéromateuses. Ces lésions anévrysmatiques n'ont-elles pas été déterminées par l'embolie ?

M. CHARCOT. La particularité la plus intéressante de cette observation est l'existence d'un anévrysme sur la fémorale, dans un point où s'était vraisemblablement arrêté un embolus. On sait, en effet, que d'après Ponfick et Ogle, des anévrysmes peuvent se développer sur une artère consécutive-ment à une embolie de cette artère. Je n'ai pas observé jusqu'à présent de cas de ce genre.

**40. Œuf de quatre semaines expulsé spontanément ; par le docteur A. LEBLOND.**

Madame H. R., âgée de 24 ans, et exerçant la profession de femme de ménage, a été réglée à 11 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Cette femme qui a habité Chablis (Côte-d'Or), jusqu'à l'âge de 17 ans, a été bien menstruée dès les premières époques et jusqu'au moment où elle quitta son pays pour ve-

nir habiter Montmorency aux environs de Paris. Les règles se supprimèrent pendant tout le temps qu'elle séjourna en cet endroit, c'est-à-dire pendant un an. La santé laissait alors considérablement à désirer. Rentrée dans son pays natal, elle y séjourna deux mois et eut deux époques menstruelles parfaitement régulières. La santé était redevenue bonne.

Au bout de ce temps, elle vint à Paris, où elle entra dans une maison bourgeoise en qualité de femme de chambre. Les règles se supprimèrent alors pendant trois époques, et lorsque, la quatrième survint, madame H..., eut une perte abondante.

A dater de ce moment jusqu'à son mariage, qui eut lieu il y a deux ans, la menstruation fut très-irrégulière. Après son mariage, les époques menstruelles revinrent plus régulièrement, mais chaque fois il y avait un retard de 10 à 12 jours. Depuis plusieurs années, il existe entre les époques une leucorrhée abondante, et chaque apparition des règles est accompagnée de douleurs vives à la région hypogastrique, surtout pendant le premier jour de l'écoulement sanguin. Les règles durent en général de 7 à 8 jours.

9 novembre. Madame H... vit l'écoulement sanguin survenir après le retard habituel de 12 jours, il dura sans interruption jusqu'au 23 novembre. Il présentait une abondance inaccoutumée. Je fus appelé ce même jour, et lorsque je vis la malade, elle éprouvait, depuis environ 4 heures, des douleurs vives vers la région hypogastrique. Ces douleurs revenaient d'une façon intermittente et étaient séparées par des moments de calme presque complet. Le toucher vaginal permettait de reconnaître un col assez volumineux, et un peu ramolli. La première phalange de l'indicateur pouvait assez facilement pénétrer jusqu'à l'orifice interne, qui était fermé et ne permettait pas au doigt de s'enfoncer plus profondément. Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, montrait la présence du corps utérin derrière le pubis, et une légère augmentation du volume de cet organe.

En présence de ces douleurs, et des signes fournis par le toucher, je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un avortement. Néanmoins, je rejetai cette hypothèse, à cause de l'absence de grossesse antérieure, et aussi par suite de ce fait que l'apparition de l'époque menstruelle avait eu lieu après le retard habituel de 13 jours. Je crus avoir affaire à une métrorrhagie s'accompagnant de contractions utérines, comme cela s'observe quelquefois quand l'utérus renferme des caillots ; j'avais quitté la malade depuis environ une demi-heure quand elle rendit par la vulve la membrane que je mets sous les yeux de la Société. Cette membrane une fois expulsée, les coliques diminuèrent graduellement et en même temps la

perte sanguine; 4 à 5 heures plus tard, les douleurs et l'écoulement sanguin avaient presque complètement disparu.

Le 24 novembre, il n'existait plus qu'un écoulement séro-sanguinolent très-peu abondant. Madame H... me raconte alors qu'aux mois de mars et de juillet de cette année, elle avait rendu des membranes identiques à celle que je présente. Elle ajouta même que, 2 ou 3 fois avant son mariage, elle en avait expulsé de semblables, mais les renseignements qu'elle me donne sont un peu vagues, à cause de la date éloignée de l'expulsion. A l'auscultation du cœur, on constate un bruit de souffle très-marqué au premier temps et à la base. Il existe un affaiblissement marqué de la constitution.

La membrane expulsée ne me fut présentée que trente heures environ après l'accident; aussi la poche qu'elle formait était-elle assez flasque, à cause de la diminution du liquide contenu dans son intérieur, diminution qui était due à cette circonstance que la membrane avait été conservée dans une serviette sèche. Mais, au dire d'une personne qui était présente au moment où la malade l'avait rejetée, elle formait une poche ovoïde et avait le volume d'un petit œuf de poule.

La membrane, conservée dans la glycérine, fut présentée le lendemain (25 novembre) à M. Gallard et à M. Longuet, qui tous deux furent d'avis que nous avions sous les yeux un produit d'avortement. La poche, placée sous l'eau, était hérissée de villosités sur presque toute sa surface, sauf sur l'une des extrémités de l'ovoïde; sa coloration était blanchâtre, excepté au niveau du point dépourvu de villosités qui présentait une teinte rougeâtre. Cette poche était parfaitement close, et ne présentait à sa surface aucune solution de continuité. Elle fut ouverte sous l'eau, en faisant une incision cruciale sur sa surface. En relevant les bords de l'incision, on découvrit immédiatement un embryon d'environ deux centimètres de long, de la concavité duquel naissait un pédicule de huit à dix millimètres, terminé par une vésicule qui n'était autre que la vésicule ombilicale.

Le bord concave de l'embryon était relié à la paroi de l'œuf par un pédicule de cinq à six millimètres de longueur, et correspondant à l'extrémité de l'œuf où les villosités présentaient un plus grand développement.

Je présente cet œuf, à cause de l'intérêt qu'il y a à observer un embryon dans les premières semaines qui suivent la conception, et aussi en raison des circonstances qui ont accompagné son expulsion.

Il me reste maintenant à fixer en peu de mots, quel peut bien être l'âge de l'embryon, quelle a été la cause de l'avortement, et si les membranes qui ont été expulsées par la malade

à des époques variables étaient des produits d'avortement ou bien la muqueuse utérine exfoliée.

Au premier abord, et avant que la membrane que je viens de présenter ait été examinée d'une façon attentive, pour ne pas laisser de doute sur l'existence d'un avortement ovulaire, je pensai, à cause des expulsions multiples qui eurent lieu, à une dysménorrhée membraneuse. Maintenant au contraire, j'ai tout lieu de croire que les membranes, rendues à diverses époques, étaient des produits de conception. Je n'insisterai pas plus longuement sur le diagnostic différentiel de la dysménorrhée membraneuse et de l'avortement ovulaire ; il me suffit, en effet, de poser la question pour montrer tout l'intérêt qu'elle présente.

Quant à l'âge de l'embryon qu'il s'agit maintenant de déterminer, nous pensons qu'il ne dépasse pas quatre à cinq semaines et nous nous fondons sur les considérations suivantes : 1° la pédiculisation de la vésicule ombilicale qui se fait ordinairement vers la quatrième semaine ; 2° la fermeture de la cavité de l'amnios, qui a lieu vers la même époque ; 3° enfin, sur le temps qui s'est écoulé chez notre malade entre la dernière menstruation et le moment où l'avortement a eu lieu.

Il nous reste encore à déterminer la cause de l'avortement. Celle-ci nous semble résider toute entière dans une maladie de l'utérus qui est, sans nul doute, une métrite chronique, comme le prouvent les troubles de la menstruation que nous avons signalés précédemment, la leucorrhée abondante qui existe entre les époques, et la douleur hypogastrique qui accompagne l'éruption des règles. L'intégrité de l'embryon et des membranes ne nous permet pas de supposer que l'avortement ait été le résultat d'une maladie de l'œuf. Quant au coït, la malade prétend qu'il ne peut être accusé d'avoir produit l'accident.

**41. Ataxie locomotrice progressive; atrophie musculaire; contractures permanentes avec flexion des membres. Fractures spontanées multiples; consolidation de ces fractures; par M. J. VOISIN, interne des hôpitaux.**

Calais Françoise, âgée de 58 ans, couturière, entra le 17 octobre 1874, (service de M. WOILLEZ) à la Charité. Ses parents moururent âgés. Sa mère, à 75 ans, succomba à une hémorrhagie cérébrale. Son père, après avoir été 3 ans en enfance, mourut à 78 ans. — Sa sœur mourut d'un anévrysme (?) — Son frère a toujours joui d'une bonne santé.

Quoique ayant éprouvé beaucoup de privations, cette femme ne fut jamais malade. Réglée à 19 ans avec beaucoup de dou-

leurs, elle eut 14 enfants dont le dernier a 17 ans. A l'âge de 41 ans, elle eut, à plusieurs reprises, des attaques épileptiformes pendant lesquelles elle perdait complètement connaissance, mais depuis cette époque elle ne présenta pas d'accidents semblables, et nous ne pouvons, dans ses antécédents, trouver de manifestations hystériques. — Aucune attaque de rhumatisme. Aucune manifestation scrofuleuse ou syphilitique.

En 1866, cette femme, qui s'était toujours bien portée jusqu'alors, fut prise de douleurs gastralgiques qui persistèrent jusqu'à il y a 18 mois.

Ces douleurs, que la malade comparait à une sensation de brûlure ou de déchirure, s'accompagnaient de vomissements glaireux et alimentaires. Mais jamais de vomissements sanguins. Elles revenaient à peu près tous les 15 jours et persistaient pendant 24, 36 heures. A cette sensation de brûlure et de déchirure, s'ajouta bientôt une sensation de constriction qui occupait toute la circonférence de la taille, sensation qui, il y a 3 ans, prima toutes les autres et s'accompagna à son tour de douleurs térrébrantes très-vives dans tous les membres et surtout dans les membres inférieurs. Presque en même temps, de la faiblesse se manifesta dans ces membres inférieurs sans que la malade présentât auparavant de l'ataxie dans ses mouvements. Elle traînait les pieds, les glissait sur le sol et croyait marcher sur du coton. A la même époque, cette femme qui était d'un fort embonpoint, s'aperçut qu'elle maigrissait et cet amaigrissement se faisait sentir surtout aux membres inférieurs.

Enfin, il y a 18 mois, la faiblesse et les douleurs vinrent à un tel degré que la malade fut forcée de garder le lit. Les membres inférieurs se mirent dans la flexion, et depuis 6 mois cette malade est dans l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. Le moindre mouvement arrache des cris à la malade. — Les articulations ne furent jamais gonflées, quoique très-douloureuses.

Les membres supérieurs ne présentèrent jamais le même degré de faiblesse que celui des membres abdominaux. Les douleurs aussi ne furent jamais aussi vives et la flexion permanente ne se manifesta pas de ce côté. Il y a 4 mois seulement la malade s'aperçut qu'elle était très-maladroite à saisir un objet, qu'elle avait un peu d'incoordination du mouvement dans les bras. A cette même époque, elle vit se produire une *fracture spontanée de la clavicule droite* et ressentit pour la première fois du ténésme vésical et rectal, s'accompagnant d'incontinence des matières fécales et urinaires. Auparavant, la constipation était opiniâtre et il n'existait aucun trouble de l'émission des urines.

17 novembre. Cette femme paraît plus âgée qu'elle ne l'est en réalité, et présente un teint jaunâtre; elle est dans le décubitus latéral droit, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et le tronc incurvé en avant. La tête est aussi penchée en avant, mais la malade peut la remuer plus facilement que ses membres inférieurs. Ceux-ci sont dans une immobilité complète, la malade ne peut exécuter aucun mouvement, et quand on veut étendre ses jambes, on sent une très-grande résistance; les muscles font saillie sous la peau et on les voit animés de mouvements fibrillaires. En outre, on provoque par cet examen de très-vives douleurs, on arrache des cris à la malade. Le moindre attouchement lui est très-pénible; le poids de ses couvertures même lui arrache quelquefois des plaintes; il en de même des soubresauts qu'on peut provoquer au lit.

En outre de ces douleurs provoquées par la pression au niveau des os, des articulations ou des muscles, la malade éprouve des douleurs spontanées très-vives qu'elle compare à des coups de couteau. Ces douleurs siègent tantôt au niveau des mollets, tantôt au niveau des cuisses, enfin quelquefois au niveau des articulations des genoux. Jamais de douleurs fulgurantes.

Du côté des membres supérieurs, les douleurs térébrantes sont moins vives, moins fréquentes et la pression ne les réveille pas toujours. Douleur en ceinture au niveau de la base du thorax; il semble à la malade qu'elle est serrée comme dans un étau. — Si nous recherchons la sensibilité sous toutes ses formes, nous trouvons qu'elle est intacte, mais parfois notre examen a provoqué des douleurs térébrantes et des mouvements fibrillaires des muscles.

Parfois, la malade a aussi une sensation de chaleur pénible pour laquelle elle demande à être découverte, mais cette sensation ne s'accompagne jamais de modifications appréciables dans la coloration des téguments et elle n'est jamais suivie de sueurs. Dans d'autres moments, la malade éprouve une sensation de froid très douloureuse. La température pendant ces moments n'a pas varié. Le thermomètre est toujours resté à 37°, 2.

Atrophie considérable des muscles de la jambe gauche. Nous ne pouvons examiner ceux de la jambe droite, ce membre étant dans un appareil plâtré pour une fracture spontanée des deux os de la jambe au tiers supérieur. Cette fracture eut lieu le 27 octobre dernier, sans qu'on puisse invoquer aucune cause traumatique. Les muscles spécialement atrophiés sont ceux de la partie externe et antérieure. Les muscles des cuisses paraissent dans un état normal.

Aux membres supérieurs, le deltoïde, le biceps ont presque complètement disparu. Les muscles de la face externe de l'avant-bras sont tous atrophiés en masse. Ceux des éminences thénar et hypothénar ont presque entièrement disparu à droite; de ce côté, la main a une déformation caractéristique.

Les articulations ne sont pas gonflées et on ne perçoit pas de craquements dans les mouvements qu'on y provoque. On constate très-bien ces symptômes aux membres supérieurs où les mouvements sont libres; mais aux membres inférieurs, comme je l'ai dit plus haut, aucun mouvement n'est possible.

Quand on donne à la malade un objet à tenir dans sa main, celle-ci est animée de mouvements oscillatoires. Si on lui dit de porter sa main à son front, à son nez, elle y parvient, un peu en tâtonnant il est vrai, mais elle touche le point indiqué. Si on lui fait fermer les yeux, et si en même temps on lui fait exécuter ces mêmes mouvements, l'incoordination est bien plus manifeste quoique peu prononcée. Ainsi, quand on lui dit de toucher le bout de son nez, elle touche la lèvre supérieure, la bouche et la joue, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses qu'elle arrive au point indiqué.

Sur les points saillants où repose le corps nous trouvons des eschares; c'est ainsi qu'il y en a au niveau des grands trochanters aux genoux et aux coudes. Il existe aussi des taches de purpura à la face dorsale de la main droite et du poignet du même côté. Sur la jambe gauche, il y a trois taches de la même nature. — La clavicule droite, à son tiers externe, présente un gonflement inégal, non douloureux, qui est le cal de la *fracture spontanée* qui eut lieu il y a 4 mois. La consolidation paraît être bien établie.

L'appétit est peu prononcé; la langue est un peu sèche; elle n'est ni atrophiée, ni animée de mouvements fibrillaires. La parole est très-nette, très-précise. Pas de tremblement des lèvres.

Cette malade a vomi, depuis cinq jours, à deux reprises différentes, des matières noirâtres; elle n'avait pas vomi depuis son entrée à l'hôpital; faibles douleurs gastralgiques. Incontinence des matières fécales et urinaires, ténesme vésical et rectal très-douloureux, arrachant des cris et s'accompagnant toujours du rejet de gaz ou de matières fécales ou urinaires. La malade compare la sensation qu'elle éprouve au rectum ou à la vessie à un courant électrique qui partirait du périnée et se perdrait dans le thorax.

Le foie, à la percussion, est volumineux. Il dépasse les fausses côtes et on le sent à la palpation. — La rate ne présente rien d'anormal. — Pas d'ascite. Rien du côté de l'utérus, ni des

poumons. — Les battements du cœur sont un peu parcheminés. Les artères sont dures au toucher. — P. 76.

L'intelligence est intacte. — Rien du côté des organes des sens. La vue est très-nette; jamais de strabisme. Les urines, examinées au point de vue de l'albumine et du sucre, ne présentent rien de particulier. — *Traitement*: Injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

22 novembre. La malade depuis hier tousse un peu, a de la fièvre. P. 96; T. 39°; R. 30.

La langue est très-sèche. Pas de douleurs de côté, pas de crachats. M. Damaschino, qui remplace alors M. Woillez, diagnostique une pneumonie, mais il ne peut ausculter cette malade, celle-ci étant toujours dans le décubitus latéral et les mouvements communiqués étant trop douloureux. — Potion de Todd.

23 novembre. T. 39°5; P. 100; R. 23. Toux insignifiante. Pas de crachats. Langue toujours très-sèche. Les douleurs térébrantes et le ténésme ont le même caractère. L'intelligence est toujours très-nette. — 25 novembre. Mort ce matin à 5 heures.

AUTOPSIE faite 23 heures après la mort. L'attitude du cadavre est la même que pendant la vie. On ne peut étendre les membres qu'en développant une très-grande force et on parvient de cette façon à faire plusieurs fractures.

*Moëlle*. A l'incision des muscles dorsaux, on est frappé de leur aspect jaunâtre et grasseyé. L'incision des vertèbres se fait avec beaucoup de facilité. — Les os sont un peu mous et friables en même temps. — Les méninges sont normales. Pas d'épaississement ni d'adhérences. Un peu de liquide transparent sous-arachnoïdien.

La moëlle, vue dans son ensemble, nous présente au niveau de la région lombaire une atrophie très-marquée. Il n'y a pas de renflement. La moëlle, à cet endroit n'est pas plus grosse qu'au niveau de la région dorsale. — Au niveau de la région cervicale, le renflement existe.

La substance nerveuse ne paraît pas ramollie. A la coupe, au niveau de la région lombaire, M. Damaschino constate à l'œil nu, et fait voir aux élèves du service, entre la corne postérieure et le sillon médian, un ruban gris blanchâtre qui devient bientôt plus foncé à l'air. Ce ruban est d'autant plus net qu'on se rapproche davantage de la queue de cheval.

Au renflement cervical, on constate à peu près la même chose; mais le ruban est moins net, moins circonscrit et paraît se rapprocher davantage du sillon médian.

M. Cornil a bien voulu examiner immédiatement au microscope la moëlle et nous donner les renseignements suivants: on trouve une grande quantité de corps amyloïdes; beau-



- » coup de noyaux et de cellules rondes dans les parties
- » transparentes. La substance grise des cornes antérieures,
- » examinée à l'état frais montre des cellules nerveuses dites
- » motrices, anormales. »

*Cerveau.* La boîte osseuse est très-flexible et très-poreuse; on la casse très-facilement à coups de marteau. — Les méninges ne présentent rien de particulier. — La face convexe du cerveau est un peu œdématiée et infiltrée, mais la substance cérébrale est ferme. Un peu de liquide dans les ventricules, mais leurs parois ne sont nullement ramollies. — Rien de particulier du côté du bulbe, de la protubérance et des nerfs optiques.

*Poumons.* Pneumonie au 1<sup>er</sup> et au 2<sup>e</sup> degré du lobe inférieur droit. — Le lobe inférieur gauche est fortement hyperémié. Rien dans le reste des deux poumons, si ce n'est un peu d'emphysème.

*Cœur.* Le péricarde contient à peu près 100 grammes de liquide citrin. — L'organe central de la circulation est mou, flasque et surchargé de graisse. Ses valvules sont athéromateuses.

*Foie.* Le foie est très-gros et a subi complètement une transformation grasseuse. Il mesure 18 centimètres en hauteur et 30 centimètres en largeur. La *rate* ne présente rien de particulier. *Reins.* La décortication ne se fait pas bien. Dans quelques points il y a des adhérences avec la substance corticale. Celle-ci a un aspect jaunâtre et grasseux.

Voici le résultat de l'*examen histologique des muscles* fait à l'état frais par M. CORNIL :

- « L'examen du fragment musculaire de la jambe a montré »  
 » que certains faisceaux qui paraissaient à l'œil nu tout-à-fait »  
 » atrophiés, jaunâtres, étaient réduits presque uniquement à »  
 » leur sarcolemme. La substance striée contenue dans l'inté- »  
 » rieur du sarcolemme était réduite à de très-faibles dimen- »  
 » sions ou bien avait disparu, et alors il y avait beaucoup de »  
 » noyaux et de petites cellules à l'intérieur de la gaine des »  
 » faisceaux ainsi altérés. Certains fragments moins visiblement »  
 » atrophiés et jaunes montraient des faisceaux musculaires »  
 » striés dans lesquels les noyaux et cellules du sarcolemme »  
 » étaient plus nombreux qu'à l'état normal, et dans ces mêmes »  
 » faisceaux il y avait des fibres complètement atrophiées à »  
 » l'égale des précédents. Là où l'atrophie était le plus pronon- »  
 » cée, le tissu cellulo-adipeux avait pris la place des muscles, »  
 » et c'est le tissu cellulo-adipeux interposé entre ces faisceaux »  
 » atrophiés qui leur donnait leur couleur jaune. »

L'examen des os nous montre que la fracture siégeait au tiers supérieur de la jambe, que les deux os étaient frac-

turés à une égale hauteur et que les fragments étaient bien en rapport les uns avec les autres. Il y avait enchevêtrement des fragments et commencement de cal autour de chaque os. — La fracture de la clavicule qui remontait à 4 mois était complètement consolidée. Le tissu, au niveau de cette fracture, était dense et bien plus compacte que dans le reste de l'os.

Les autres os, tels que les côtes, les tibias et les fémurs, que nous examinâmes, étaient flexibles. Quand on les pressait entre les doigts, on les sentait fléchir et on faisait sortir un peu de suc à leurs extrémités. Leur volume aussi était diminué, et quoique la circonférence de chaque os ne fut pas prise avec un centimètre, on peut affirmer qu'elle n'était pas normale. — Les cartilages articulaires de ces mêmes os n'étaient pas altérés à première vue. Leur surface était parfaitement lisse. — L'observation sera complétée plus tard par l'examen histologique de la moelle épinière et des os.

M. CHARCOT. Cette observation est très-intéressante, mais paraît présenter quelques anomalies. M. Voisin a parlé des cris que poussait la malade dès qu'on la touchait, il nous a dit qu'elle présentait une rétraction des membres et qu'elle était en quelque sorte ratatinée sur elle-même. Ces deux circonstances s'observent souvent chez les ostéomalaciques, et de fait, l'examen des os semble indiquer qu'il existait un trouble nutritif, développé d'ailleurs, suivant toute probabilité, sous l'influence de la lésion médullaire. C'est une sclérose des cordons postérieurs, mais avec dégénération consécutive du tissu osseux.

M. VOISIN. Les os étaient en effet très-fragiles; les côtes se cassaient avec la plus grande facilité, et quant à la clavicule, elle se fractura de nouveau au moment où on l'enlevait.

M. PARROT. La lésion de nutrition des os est évidente.

**42. Symphyse cardiaque; tuberculisation aiguë du péricarde,** par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie chez un homme de 55 ans, entré dans le service de M. LÉCORCHÉ (hôpital Saint-Antoine). Le malade offrait les signes d'une excavation au sommet du poumon droit. Depuis son entrée, notre attention fut constamment attirée sur le cœur par l'existence d'irrégularités fréquentes et de battements désordonnés. On ne percevait aucun bruit de souffle ou de frottement. Le volume du cœur était normal, et la paroi thoracique n'offrait au niveau de la pointe

aucun soulèvement particulier durant la révolution cardiaque.

A l'AUTOPSIE, outre une caverne à droite, nous trouvâmes des granulations tuberculeuses disséminées dans toute la hauteur des deux poumons, et des foyers caséeux ramollis, même assez volumineux, qui n'avaient donné lieu à aucun signe d'auscultation.

Le cœur, de volume normal, n'offrait aucune altération valvulaire ou cavitaire. Mais *sur toute leur étendue*, les deux feuillets du péricarde étaient *adhérents*. On les détachait avec peine, et on constatait alors la présence de granulations miliaires très-nombreuses, récentes encore et blanchâtres, disséminées sur toute l'étendue de la surface du cœur, et dont quelques-unes avaient même été détachées avec le feuillet pariétal du péricarde auquel elles étaient adhérentes.

C'est là un exemple intéressant du développement possible de produits pathologiques, tuberculeux ou autres, dans des fausses-membranes produites antérieurement; nous pensons en effet que ce malade a eu, anciennement, une péricardite latente qui se sera faite à la sourdine (le malade n'accusait aucun antécédent rhumatismal), et aura amené l'adhérence des deux feuillets péricardiques; à la fin de l'évolution de sa tuberculose, des granulations miliaires se seront déposées dans ces fausses membranes.

Peut-être même la présence de ces fausses-membranes a-t-elle fait du péricarde ce que M. Verneuil appelait récemment un *locus minoris resistentiæ*, c'est-à-dire que par leur organisation et leur mode de nutrition imparfait, ces fausses-membranes ont placé le péricarde dans des conditions favorables à l'apparition de produits pathologiques nouveaux. Cette manière de voir trouve encore une confirmation dans l'opinion des auteurs qui considèrent le sommet du poumon comme prédestiné à l'envahissement pathologique par ses conditions défectueuses de nutrition et de fonctionnement. Le sommet n'est-il pas pour le poumon un *locus minoris resistentiæ*?

Cette symphyse cardiaque ne s'est révélée par aucun signe autre que des irrégularités dans le rythme et dans l'intensité des battements du cœur. Le choc était normal à la pointe, et la paroi thoracique n'était nullement entraînée. L'absence de toute dépression du thorax a déjà été souvent signalée, notamment par Sénac.

**43. Tuberculisation génito-urinaire;** par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Carré, Jules, 38 ans, imprimeur, entre le 24 octobre 1874 dans le service de M. LÉCORCHÉ (hôpital Saint-Antoine).

Il y a neuf mois ce malade a commencé à ressentir des maux, des courbatures avec quelques sueurs nocturnes. Il perdait insensiblement ses forces. Cet état de choses a duré trois mois pendant lesquels il a été obligé d'interrompre son travail. — Son métier d'imprimeur en papiers peints devenait trop fatigant.

Il y a six mois, son état était tellement aggravé qu'il a été contraint de prendre le lit. A la même époque il a remarqué, en urinant, la sortie de quelques gouttes de sang presque pur. Depuis ce moment, il s'est aperçu que ses urines étaient très-troubles, d'un blanc laiteux, suivant la comparaison qu'il en fait lui-même. Pas de douleur pendant la miction; pas de douleur lombaire, ni de paresse de la vessie. La quantité des urines rendues n'est pas plus considérable. Pendant les dernières semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital, un mieux sensible s'est fait sentir dans son état; il a pu reprendre un peu son travail. — Mais quelques jours avant son admission, 24 octobre, il reprenait le lit.

Pas de douleurs lombaires, même provoquées. Il accuse une sensation de brûlure très-violente pendant la miction le long du canal de l'urètre et au périnée.

Ce malade est pâle, considérablement amaigri et sans force aucune. Il urine difficilement, (par suite de la douleur) environ deux litres par jour, d'un liquide trouble, qui laisse déposer une grande quantité de pus. Cette quantité d'urine est rendue par quinze mictions environ. Dans l'intervalle des mictions il se fait par le méat, et goutte à goutte, un écoulement d'un liquide blanchâtre, grumeleux, très-trouble et visqueux, laissant des taches sur le linge.

Depuis quinze jours il est pris d'une toux fréquente, suivie d'expectoration assez abondante; les crachats sont purulents, adhérents au fond du vase. L'auscultation révèle des craquements auprès de la colonne vertébrale au tiers supérieur des deux poumons. Les sommets et les bases ne fournissent pas de signes de tuberculose. — Le toucher rectal montre que la prostate est augmentée de volume et douloureuse.

26 octobre. Mêmes douleurs. Les urines sont toujours aussi troubles. Le toucher rectal révèle une prostate volumineuse, très-douloureuse à la pression; le lobe gauche surtout est volumineux et plus douloureux.

*Examen des urines au microscope.* Globules de pus en grande quantité; quelques cellules d'épithélium vésical; quelques rares cristaux d'urate d'ammoniaque.

*Examen aux réactifs.* Essayée avec le papier de Tourne-sol, l'urine ne donne lieu à aucune réaction. Mais lorsqu'on a déjà ramené au rouge les papiers par un acide, l'urine le ra-

mène légèrement au bleu. Elle est donc faiblement alcaline.

**29 octobre.** Le malade se plaint de douleurs plus violentes ; le dépôt au fond des vases est en plus grande abondance. Dans un bocal une quantité de deux litres d'urine environ, rendue dans les 24 heures, dépose à peu près un quart de la hauteur du liquide ; l'urine est louche dans les trois quarts supérieurs. Le malade se plaint aussi d'insomnie et de fièvre. T. 39°,8 le soir.

**1<sup>er</sup> novembre.** La fièvre est plus intense. T. 41°, ainsi que le soir suivant, avec une rémission de 2°,4 le matin. Au toucher rectal, la prostate est toujours volumineuse et très-douloureuse.

**3 novembre.** L'urine est beaucoup plus trouble et plus épaisse ; il y a un dépôt beaucoup plus abondant, qui remonte environ jusqu'au quart supérieur du liquide. Cette quantité plus considérable de pus rendu, est accompagnée d'une rémission dans la fièvre (39°2 le soir). En même temps, au toucher rectal, la prostate est beaucoup moins douloureuse et sensiblement diminuée de volume.

**5 novembre.** Le malade tousse toujours. Les crachats sont moins abondants, mais plus nettement purulents. A la percussion, on limite sur le bord interne de l'omoplate droite, à sa partie moyenne et le long de la colonne vertébrale, un noyau d'induration assez restreint. A l'auscultation, on perçoit au même niveau une bouffée de râles crépitants avec quelques craquements.

Le malade se plaint de douleurs au sacrum, qui est en effet rouge et douloureux à la pression.

**10 novembre.** L'amaigrissement est de plus en plus rapide. Le malade dépérit à vue d'œil. Le dépôt des urines est plus abondant que jamais. C'est à peine s'il reste de l'urine claire sur une hauteur de quelques centimètres. — Mort le 12 novembre.

**AUTOPSIE. Cavité thoracique.** Pas d'épanchement dans les plèvres ; adhérences au niveau du sommet gauche ; poumons emphysémateux, mous, décolorés, non-élastiques ; à la racine du poumon droit, et en arrière, au niveau de la gouttière vertébrale, on trouve un point induré de quatre centimètres environ. Avant la coupe, la plèvre laisse apercevoir des points granuleux miliaires, blanchâtres, qui se détachent sur le parenchyme congestionné et fortement teinté en rouge à ce niveau ; à la coupe, même aspect. Les grains s'énucléent par la déchirure. Il en est de même sur un point moins étendu du poumon gauche, presque au même niveau.

Dans le reste des deux poumons, on trouve des noyaux scléreux du volume d'une noisette, très-nombreux, séparés par

des languettes de tissu pulmonaire affaissé, non-crépitant. En quelques points, les bronches (surtout les petites bronches) sont dilatées, épaisses et indurées. Le volume des ganglions médiastinaux est normal, la plupart sont altérés et présentent aussi des points caséux non-ramollis. Cœur sain, pas d'épanchement dans le péricarde. Cavité abdominale, foie, rate, intestins absolument sains.

*Appareil génito-urinaire.* A droite, le rein est hypertrophié; il pèse 230 gr. avec sa coque fibreuse, et 205 gr., lorsqu'il en est dépouillé; son parenchyme est sain, la substance corticale légèrement décolorée et toutefois quelque peu jaunâtre. Les calices, les bassinets, l'uretère de ce côté, n'offrent aucune trace de lésion tuberculeuse: tout au plus, la muqueuse est-elle un peu épaissie.

A gauche, le rein beaucoup plus volumineux qu'à droite, pèse 380 gr., avant d'avoir été débarrassé de sa tunique fibreuse, et 290 gr., après; il mesure 13 centimètres de hauteur, et 8 de largeur. Enucléé de sa tunique fibreuse, qui atteint parfois une grande épaisseur (surtout au niveau de son extrémité supérieure, où elle mesure jusqu'à 4 millimètres, de même qu'au hile, au voisinage de l'uretère), ce rein offre un aspect légèrement mamelonné, et on distingue à la surface du parenchyme, ainsi mis à nu, de petits noyaux tuberculeux dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois; les uns sont de niveau avec le parenchyme, tandis que les autres font une saillie plus ou moins considérable. En palpant le rein, on sent qu'il existe, à l'intérieur, une cavité anormale; car le doigt déprime la couche corticale et perçoit la sensation d'un abcès dont le contenu a été évacué.

Au moyen d'une coupe pratiquée sur le bord interne de ce rein et passant par le hile, on voit que la substance médullaire a complètement disparu, sauf au niveau d'une papille de la partie moyenne, que la coupe divise en deux parties. A la place occupée normalement par la substance tubuleuse, on trouve une vaste excavation située au centre du rein et dans laquelle s'abouche l'uretère, elle remplace les bassinets et se continue avec le calice; elle est divisée en trois loges secondaires, une supérieure, une autre moyenne, une troisième inférieure (qui répondent à chaque groupe de papilles), subdivisées chacune en plusieurs logettes diverticulaires du volume d'une noisette plus ou moins grosse, qui toutes sont d'une forme généralement arrondie; leur surface est inégale, tapissée d'une couche d'un blanc verdâtre, plus ou moins rugueuse. Le fond de la loge supérieure est formé par une couche très-amincie de la substance corticale. C'est à ce niveau que la capsule était particulièrement amincie. Dans un des diver-

ticules de la cavité inférieure, on rencontre des exubérances volumineuses. La substance corticale, très-amincie en différents points, montre à la coupe et dans son épaisseur, des tubercules disséminés, et de volume variable.

La couche de revêtement, qui tapisse la grande cavité centrale est d'un blanc grisâtre ou verdâtre, épaisse, résistante à la coupe. Elle se continue sans aucune ligne de démarcation avec le bassinnet. Celui-ci est revêtu d'une couche semblable, et offre par suite un épaissement considérable.

L'uretère est, dans son ensemble, beaucoup augmenté de volume ; sa couche fibreuse offre une épaisseur égale à celle de sa couche muqueuse fortement épaissie, et altérée comme celle du bassinnet. Les lésions s'étendent sans discontinuité du bassinnet à la vessie.

Vessie sans colonnes, de volume normal. Léger épaissement de la paroi qui offre également des altérations tuberculeuses. Celles-ci revêtent un aspect particulier : elles se présentent sous la forme de plaques nombreuses, dont le volume varie depuis celui d'une pièce de deux francs jusqu'à celui d'une pièce de 50 centimes, les unes isolées, les autres réunies par leurs bords ; certaines font saillie au-dessus des parties voisines de la muqueuse saine, d'autres sont au contraire légèrement déprimées ; toutes ont une teinte d'un brun noirâtre sur leurs bords. A la face postérieure de la vessie, on aperçoit un orifice inégal, anfractueux, qui admet le petit doigt ; introduit à ce niveau, il pénètre dans une cavité diverticulaire rétro-vésicale, déchiquetée, inégale, anfractueuse, dont la paroi postérieure a été sectionnée en enlevant les viscères abdominaux. Cette cavité a le volume d'un œuf, et semble formée par l'extension, aux parties voisines de la vessie, de l'altération tuberculeuse, après perforation de la vessie par suite du développement d'un noyau tuberculeux dans l'épaisseur de sa paroi. Le rectum n'offrirait aucune connexion avec cette cavité secondaire ; il est sain dans toute son étendue. — *Prostate* de volume normal, mais réduite à une coque et complètement vidée : chaque lobe est remplacé par une cavité ; toutes deux s'ouvrent par une perforation unique dans l'urèthre au niveau du verumontanum. Le reste de l'urèthre, les canaux déferents, l'épididyme et les testicules n'offrent aucune altération. — Rien au cerveau.

**44. Fracture extra-capulaire du col du fémur ; éclatement du grand trochanter ;** par M. J. VALLÉRIAN, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'une femme de 82 ans, entrée le 10 novembre 1874 à l'infirmerie de la Salpêtrière, (service de

**M. LE DENTU**) pour une chute qu'elle avait fait le jour même, sur le grand trochanter gauche. A son entrée, nous constatons les signes classiques d'une fracture du col du fémur : rotation de la pointe du pied en dehors, raccourcissement de 3 cent., impuissance absolue du membre, douleur par la pression sur le grand trochanter et au pli de l'ainé. De plus, nous remarquons une ascension notable du trochanter gauche et un épaississement également notable de cette apophyse : nous n'avons pas cherché la crépitation.

La malade meurt le 20 novembre avec des phénomènes typhoïdes.

A l'AUTOPSIE, nous trouvons un type de fracture par pénétration ; le col, qui a son extrémité externe tout-à-fait en forme de coin, est entré de force dans le grand trochanter, et l'a fait éclater ; le col est détaché du grand trochanter à sa base. De là, part un trait de fracture, irrégulièrement circulaire, et placé un peu en dehors de l'insertion, sur le col, de la capsule fibreuse de l'articulation coxo-fémorale. Le petit trochanter est presque complètement détaché du reste de l'os. Enfin le grand trochanter est en partie séparé du reste de l'os par un trait de fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

#### **45. Tumeur de l'os iliaque et de la colonne vertébrale; par M. E. LAZER, interne des hôpitaux.**

Le nommé Dreux Mathurin, âgé de 57 ans, entrant le 5 octobre 1874, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, n° 17. Il se plaignait de ressentir, depuis cinq semaines, de vives douleurs dans le membre inférieur gauche.

A ce moment, l'absence de tumeur appréciable sur le parcours du nerf sciatique, la nature et le trajet de la douleur, ne pouvaient faire songer à autre chose qu'à une névralgie sciatique simple : mais au bout de peu de jours, les douleurs disparurent pour faire place à un gonflement œdémateux de tout le membre, et à de l'anesthésie beaucoup plus marquée à la partie inférieure de la jambe et au pied qu'à la peau de la cuisse.

En même temps, se produisait un épanchement dans le genou du même côté. De plus, les mouvements réflexes étaient beaucoup moins marqués que du côté opposé, et les mouvements volontaires étaient de jour en jour plus pénibles, si bien que le membre finit par être complètement paralysé : les orteils restaient d'une façon permanente dans la demi-flexion. L'état général s'aggravait aussi, sans qu'on pût trop saisir la raison, ni de ces troubles locaux, ni de l'état cachectique qui



survenait. Tous les viscères passés tour à tour en revue paraissaient sains : c'était du côté de l'abdomen et du bassin que devait surtout se porter l'attention ; or, la palpation abdominale et le toucher rectal ne révélaient la présence d'aucune tumeur, à laquelle on pût rattacher les divers symptômes de compression que nous avons signalés.

Enfin, la mort survenait le 22 novembre à onze heures du soir, et l'autopsie, pratiquée le 24, révélait des altérations importantes de l'os iliaque du côté gauche, en même temps que de la colonne vertébrale.

La tumeur iliaque doit être étudiée à la face interne du bassin et dans la fosse iliaque externe. En dedans, le muscle iliaque est intact et à peine soulevé ; aussi la palpation de la fosse iliaque ne laissait-elle pas soupçonner pendant la vie l'existence d'une tumeur : celle que l'on découvre en excisant le muscle a la forme d'une ovoïde à grand axe légèrement oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière. Elle commence à trois centimètres de l'articulation sacro-iliaque gauche, et s'avance jusqu'à l'éminence ilio-pectinée. En dehors, à sa partie moyenne, elle laisse libre quatre centimètres de l'os iliaque, en dedans elle se confond avec le détroit supérieur.

Les origines du sciatique dans le bassin sont intactes. La surface de la tumeur est régulière, sauf trois petites bosselures dont deux en arrière sont fluctuantes, et une en avant, très-dure, correspond à un os de nouvelle formation. Excepté au niveau de cette éminence, la consistance générale est molle. Quoique n'étant pas déformé, le détroit supérieur participe à cette mollesse, ce qui indique que la dégénérescence est beaucoup plus étendue qu'on ne pourrait le croire à première vue. Quant à la partie de la tumeur qui a envahi la fosse iliaque externe, bien différente de la précédente, elle est surtout kystique. Le petit fessier à peine incisé, il s'échappa un flot de liquide rougeâtre et la partie de la tumeur que nous étudions se vida.

Ici encore, nous retrouvons la forme d'un ovoïde à grand axe antéro-postérieur ; en arrière, le tissu morbide commence à quatre centimètres de l'articulation sacro-iliaque ; à sa partie moyenne, il s'arrête à cinq centimètres de la crête iliaque, et en avant, à deux centimètres et demi de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en bas, il s'étend à tout le pourtour de la grande échancrure sciatique, et arrive jusqu'à l'épine sciatique, qui présente une pointe saine.

Je répète que, dans toute cette partie, la tumeur est kystique ; elle dépasse le niveau de l'os et fait saillie sous le petit fessier, sous lequel elle se prolonge par un cul-de-sac, du

côté du grand trochanter, presque jusqu'au niveau de l'insertion des muscles jumeaux et de l'obturateur interne. Tous les kystes communiquent entre eux, ou plutôt, nous n'avons affaire qu'à un grand kyste à parois cloisonnées incomplètes, et ce cloisonnement rappelle, par places, l'aspect des oreillettes du cœur; la face interne est libre et blanchâtre, la paroi externe est très-mince, se confondant presque avec les fibres du petit fessier. Le nerf sciatique longe le bord inférieur de la tumeur dans laquelle il est englobé, ce qui explique tous les troubles observés pendant la vie; de plus, le cul-de-sac kystique s'avance jusqu'à la partie la plus élevée de la grande échancrure sciatique et peut se sentir par la face antéro-interne du bassin; dans ce point, le sciatique est compris dans la paroi antérieure du kyste.

Tel est l'aspect, pour ainsi dire, extérieur de la tumeur. Il nous faut maintenant décrire sa substance même, en pratiquant une coupe verticale, un peu oblique de dehors en dedans, et passant par le centre de la cavité cotyloïde. Les tissus dégénérés sont tellement mous qu'on peut entr'ouvrir la tumeur en ramenant en dedans le pubis du côté du sacrum.

On voit d'abord que la cavité cotyloïde est, de toutes parts entourée de tissu malade, mais que le cartilage a résisté à la dégénérescence, et se détache sans peine des parties voisines. La coupe de la tumeur a une forme triangulaire, à base supérieure, tournée du côté de la crête iliaque, le bord antérieur partant de l'épine iliaque antéro-inférieure et descendant le long de la cavité cotyloïde, le bord postérieur correspondant à la grande échancrure sciatique et le sommet s'avancant dans la substance de l'ischion jusqu'à quatre centimètres de son extrémité: nous avons déjà vu que cette tubérosité est demeurée intacte; le tissu sain envoie deux prolongements qui suivent les bords de l'os, l'un en avant qui arrive jusqu'à l'extrémité inférieure de la cavité cotyloïde, et qui a une épaisseur de cinq millimètres, l'autre en arrière qui va rejoindre l'épine sciatique et a la même épaisseur que le précédent. Le pubis n'a pas été envahi.

Sauf les deux petits kystes, décrits dans la fosse iliaque interne, dont l'un a deux centimètres dans tous les sens, tandis que l'autre n'en a qu'un, et les kystes de la région postérieure, la tumeur est pleine, uniforme, blanchâtre, de consistance lardacée: on peut exprimer de cette coupe un suc laiteux peu abondant qui ne se mêle pas à l'eau et forme dans ce liquide des grumeaux isolés. Si l'on promène le doigt sur la surface dégénérée, on sent dans la moitié antérieure de toutes petites pointes formées par des travées osseuses conservées; à la

face interne des kystes il n'existe rien de pareil. Telles sont les altérations de l'os iliaque.

La colonne vertébrale présente aussi des points multiples de dégénérescence. En procédant de bas en haut, nous trouvons d'abord la deuxième vertèbre du sacrum, dont le corps tout entier a disparu pour faire place à un tissu analogue à celui qui constitue la tumeur iliaque. Sur une coupe, on ne voit pas les petites aiguilles osseuses décrites précédemment.

Le corps de la quatrième vertèbre lombaire renferme dans son épaisseur un noyau sphérique d'un centimètre de diamètre, ayant les mêmes caractères que le noyau du sacrum.

L'altération la plus importante a été rencontrée sur le corps des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Si l'on pratique une coupe verticale antéro-postérieure, on observe, dans l'épaisseur de chacune de ces vertèbres, un noyau sphérique de dégénérescence qui a détruit la partie antérieure du corps vertébral et a laissé en arrière un centimètre de tissu osseux sain. On trouve appliquée sur la face antérieure de ces deux vertèbres une plaque ellipsoïde de tissu malade, à grand axe vertical de quatre centimètres, ayant à sa partie moyenne un centimètre d'épaisseur et faisant communiquer entre eux les deux noyaux décrits plus haut. Le disque intervertébral correspondant s'est affaissé, si bien que les corps vertébraux forment un petit angle à sommet postérieur faisant saillie dans le canal rachidien : la dure-mère est épaissie et indurée sur une longueur de quatre centimètres.

La moelle ne paraît ni comprimée ni malade. Je dois ajouter que nous avons retrouvé, faisant corps avec la plaque que je viens de décrire, une surface lisse qu'on pourrait prendre à l'œil nu pour un petit fragment de la muqueuse œsophagienne et sur la nature de laquelle le microscope nous renseignera. Au niveau de l'union de la quatrième côte à son cartilage, se trouve un noyau d'une assez grande consistance, qui a à peu près doublé la hauteur et l'épaisseur de la côte. Il adhère intimement à la plèvre et au poumon, et envoie dans le tissu de ce dernier organe trois ou quatre prolongements sous forme de rayons blanchâtres.

Enfin le membre œdématié n'a rien offert de particulier ; l'articulation du genou gauche contenait une certaine quantité de synovie limpide. Les veines iliaque externe et crurale du même côté renfermaient un caillot dont l'origine ancienne a paru douteuse.

D'après un premier examen histologique fait au laboratoire du collège de France, la tumeur que nous étudions serait un épithéliome pavimenteux lobulé. Or, la peau n'était le siège d'aucune ulcération, il n'y avait en particulier rien aux lèvres,

rien à l'orifice nasal. Les fosses nasales, les sinus maxillaires, le cerveau, les yeux et les testicules n'ont pas été examinés, mais il n'y avait pas eu, à un moment quelconque de la maladie, le plus léger symptôme qui put faire soupçonner une lésion de ces organes. Le tube digestif était normal; il en était de même du larynx, du foie, de la rate, des reins, de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Quel a été le point de départ de la tumeur? Si c'est bien l'œsophage qui se trouve adhérent aux noyaux des deuxième et troisième vertèbres dorsales, on pourra affirmer que c'est son épithélium qui a été le lieu d'origine de la tumeur; sinon, il faudra admettre que nous avons rencontré un cas d'épithéliome primitif des os.

**46. Hypertrophie de la prostate ayant rendu impossible le cathétérisme; ponctions de la vessie; mort; autopsie; par M. KIRMISSON, interne des hôpitaux.**

Le nommé Liégant Louis, âgé de 70 ans, entre le 11 novembre 1874 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. GUÉRIN (salle Saint-Antoine), pour être traité d'une iritis. Le 13 novembre, cet homme est pris subitement d'une rétention d'urine; jamais il n'avait éprouvé d'accidents semblables, seulement, depuis longtemps déjà, il était obligé d'uriner très-souvent, mais il n'éprouvait pas de douleurs du côté de la vessie, ni de l'urèthre. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes; pendant longtemps, il a eu des habitudes alcooliques auxquelles il a renoncé depuis un an. Le toucher rectal révèle l'existence d'une hypertrophie considérable de la prostate; cette dernière occupe toute la largeur de la paroi antérieure du rectum, dans lequel elle fait une saillie volumineuse; elle mesure environ 6 centimètres de hauteur et occupe dans le rectum un point plus élevé qu'à l'état normal. La pression à son niveau ne cause que peu de douleur.

Le soir, une tentative de cathétérisme est faite sans résultat. Le lendemain matin, nouvel essai de cathétérisme sans plus de succès. On emploie des sondes de divers calibres et de diverses courbures, des sondes en gomme ou métalliques, des sondes à béquille; on parvient à abaisser la sonde jusque entre les cuisses du malade; mais elle vient appuyer alors sur une partie dure et résistante, et ne peut être remuée en divers sens, comme si elle se trouvait dans une cavité libre; la ponction de la vessie est alors pratiquée avec le trocart n° 2 de l'appareil Dieulafoy.

Le 15 novembre, nouvelle tentative qui demeure, comme les précédentes, sans résultat; nouvelle ponction de la vessie,

et celles-ci sont continuées pendant les jours suivants jusqu'au 19 novembre, où est pratiquée la sixième ponction. Ce jour même, le malade meurt, sans avoir présenté d'accidents urémiques bien manifestes, mais seulement un affaiblissement progressif, du subdélirium et enfin du coma.

A l'AUTOPSIE, on trouve la prostate très-volumineuse; elle offre le volume d'un gros œuf de dinde; elle a conservé sa forme normale, ainsi que le toucher rectal l'avait fait constater; elle est régulièrement hypertrophiée dans toutes ses parties; elle n'offre ni bosselures ni productions anormales. La portion prostatique de l'urèthre est très-élargie; il en est de même des conduits prostatiques et des canaux éjaculateurs; les lobes latéraux font, sur les parties latérales de l'urèthre, une saillie convexe très-volumineuse; enfin on voit, faisant saillie du côté du col vésical et répondant au lobe moyen de la prostate, deux saillies volumineuses qui oblitérent l'orifice vésical; au-dessous d'elles, se trouve une dépression en cul-de-sac très-manifeste, dans laquelle la muqueuse présente des déchirures multiples; c'est là que la sonde venait constamment se loger dans tous les essais de cathétérisme, et la courbure normale du canal n'a pas permis de faire passer le bec de l'instrument au-dessus de ces tumeurs volumineuses, dont la saillie oblitérait le col vésical et mettait obstacle à l'expulsion des urines.

M. MERCIER. Ce fait vient à l'appui d'une opinion que j'ai depuis longtemps émise, sur la valeur des ponctions avec aspiration dans le cas de rétention d'urine par hypertrophie prostatique.

Dans ce cas, à la lésion de la prostate, il s'ajoute souvent un gonflement inflammatoire, une gêne de la circulation veineuse, qui augmentent encore l'obstacle au cours de l'urine. La ponction évacue l'urine, mais la vessie se remplit bientôt, et la ponction devient de nouveau nécessaire; car on n'arrive pas, dans ces cas, à passer une sonde dans la vessie. Lorsque, au contraire, on fait la ponction par l'ancienne méthode, et qu'on laisse la canule en place, les parties ont le temps de se dégorger, la turgescence des veines diminue et presque toujours on finit par passer une sonde sans difficulté.

En somme, les ponctions capillaires, avec aspiration, sont complètement inoffensives, mais elles sont aussi sans utilité réelle.

**47. Cancer de l'utérus; phlegmatia alba dolens très-douloureuse; cancer secondaire de la colonne vertébrale; destruction du psoas gauche par un abcès; irritation directe et inflammation des nerfs du plexus lombaire; par MM. DE BEURMANN et BOUDET.**

Ch... Eugène, âgée de 39 ans, culottière, entrée le 23 août 1874, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, 23 (service de M. HAYEM.)

Le père est mort de vieillesse. La mère succomba à 46 ans à une maladie inconnue. Les frères et sœurs de la malade, tous plus âgés qu'elle, sont en bonne santé.

La malade raconte que, réglée depuis l'âge de 15 ans, elle a toujours été en bonne santé jusqu'en 1862. Elle n'a jamais eu de couches. Les menstrues étaient régulières; il n'y avait pas de pertes blanches. Il y a 12 ans, elle éprouva, 8 jours après ses règles, une violente contrariété; elle fut alors prise subitement d'une douleur très-intense dans la région lombaire, et eut en même temps une hémorrhagie utérine très-abondante de sang noir. Transportée immédiatement à l'hôpital, elle y resta trois jours, et en sortit bien portante. Mais au bout de quelques jours, les douleurs lombaires réapparurent, et à partir de ce moment, les règles devinrent très-irrégulières; en outre, soit entre chaque époque, soit au moment menstruel même, il y eut des hémorrhagies toujours très-abondantes. Les douleurs, spontanées et n'augmentant pas à la pression, se faisaient surtout sentir aux aines et dans les régions lombaire et sacrée; il y avait en outre un sentiment de pesanteur du côté de l'anus; la marche augmentait les douleurs. Il y eut bientôt un grand affaiblissement et un amaigrissement très-marqué; elle ne se rappelle cependant pas avoir remarqué que sa peau eût déjà changé de couleur. Il n'y avait pas de prurit à la vulve, ni de douleurs aux seins. L'émission de l'urine se faisait normalement; ce liquide d'abord un peu rougeâtre dans les premiers temps, devint bientôt trouble; mais il n'y avait pas de douleurs lors de la miction, et la quantité en était normale. L'appétit disparut; la constipation s'établit.

Cet état dura jusqu'au mois de décembre dernier, époque à laquelle les accidents s'aggravèrent.

En effet, en *décembre* 1873, les douleurs devinrent tellement violentes, que la malade fut obligée de s'aliter. Les menstrues disparurent complètement, la constipation devint opiniâtre; les hémorrhagies devinrent plus nombreuses et plus copieuses; il n'y avait cependant pas encore d'écoulement blanc; la

malade ne se rappelle pas que ses pertes aient présenté une odeur spéciale, ses jambes n'étaient pas enflées et il n'y avait aucun symptôme d'ascite. Des vomissements eurent lieu à cette époque, mais ils furent peu fréquents, et la malade les attribue surtout au dégoût qu'elle éprouvait pour tous les aliments; la faiblesse était extrême. L'émission de l'urine sembla se faire plus difficilement, comme si un obstacle en empêchait l'écoulement; mais il n'y avait point de douleurs pendant la miction, et l'urine était en quantité normale et de couleur ordinaire. L'intelligence était libre, aucun trouble des sens; il y avait des maux de tête assez violents, mais pas d'épistaxis.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'état de la malade fut à peu près le même; seulement il s'établit bientôt un écoulement blanc un peu fétide, et les règles semblèrent se rétablir, quoique d'une façon irrégulière et incomplète. Le toucher pratiqué à cette époque, montra l'utérus en rétroversion; le col était dur, inégal et bosselé, fortement déjeté en avant. Il n'y avait pas encore d'ulcérations. Le traitement a surtout consisté en injections hypodermiques de morphine, contre la douleur.

26 octobre soir, la malade souffrant davantage, deux injections furent pratiquées, la première à 5 heures, la seconde à 8 heures.

27 octobre, on la trouva dans un délire intense, interpellant les personnes qui l'approchaient, sans les reconnaître, s'agitant beaucoup dans son lit, parlant à tort et à travers; un léger tremblement agitait les extrémités. En outre la malade avait vomi plusieurs fois, l'insomnie avait été complète et le délire avait commencé vers 10 heures du soir, c'est-à-dire 2 heures après la seconde injection. On pensa tout d'abord à une manifestation urémique, suite de la compression des uretères par la masse cancéreuse. Mais en examinant les yeux, on trouva les pupilles énormément dilatées et l'idée vint qu'il y avait eu erreur dans l'administration des injections et que l'on avait injecté de l'atropine au lieu de morphine. On ordonna trois tasses de café noir, dont l'ingestion fut suivie de vomissements. Le délire se calma un peu vers le soir, toutefois il n'y eut pas encore de sommeil. L'urine de cette journée fut à peu près normale, comme quantité et comme aspect. T. A. le matin 38°, 2; le soir 38°, 6.

28 octobre. La malade accuse une grande sécheresse de la gorge, une soif intense; les pupilles sont toujours très-dilatées; les vomissements continuent, ainsi que le tremblement des doigts. La vue est trouble et il y a même de la diplopie. Le délire n'a pas complètement cessé. T. 37°, 4.

En outre, la **malade** se plaint que les douleurs lombaires ont beaucoup augmenté et ne lui laissent aucun repos. Ces douleurs s'irradient jusqu'aux genoux, en suivant le côté interne de la cuisse ; elles n'augmentent pas par la pression. La cuisse et le genou gauche sont gonflés, sans rougeur ni chaleur de la peau. Sur la partie interne du coude droit, on trouve deux phlyctènes qui ont crevé pendant la nuit. On ordonne encore du café noir.

Le *soir*, même état. T. 38°. Pouls petit et fréquent ; les vomissements continuent ; l'intelligence est plus nette.

29 octobre. Insomnie complète ; sécheresse toujours très-grande de la gorge ; soif intense ; appétit nul ; pupilles encore dilatées ; vomissements ; la vue est revenue à l'état normal ; le délire a cessé, mais les douleurs sont de plus en plus violentes. T. 38°, 2.

29 octobre (*soir*). Une odeur particulière et fétide s'échappe du lit de la malade ; la peau présente une teinte jaune paille très-caractérisée ; le visage exprime un peu l'anxiété ; les yeux sont saillants ; les pupilles très-dilatées, très-lentes à se contracter ; le corps est dans un état d'amaigrissement assez avancé ; pas d'épanchement ascitique ; les chairs sont flasques ; la cuisse gauche est enflée, sans rougeur ni chaleur à la peau ; pas d'œdème à la jambe correspondante ; le genou gauche est également un peu plus volumineux que le droit. Dans cette articulation, les douleurs semblent siéger surtout de chaque côté de la rotule ; la pression n'y apporte aucun changement.

Sécheresse très-grande de la gorge ; soif vive ; appétit nul ; constipation ; vomissements fréquents de matières bilieuses ou tout-à-fait aqueux ; rien au foie ni à la rate. Le pouls est fréquent, petit, régulier (110). La pointe du cœur bat à sa place, mais à la base le premier bruit est moins marqué ; en outre, la malade se plaint de palpitations.

La région de la vessie n'offre rien de spécial ; l'émission de l'urine se fait avec difficulté quoique sans douleur ; il n'y a point d'hématurie. Pas de tumeur abdominale. — *Urine*. Quantité, 1500 grammes ; D. 1010 ; réaction neutre ; coloration pâle et trouble. Au microscope : phosphate ammoniaco-magnésien ; urée, 6 grammes par litre ; acide urique en petite quantité ; pas d'albumine ; traces d'urochrome et uro-xanthine.

L'intelligence est encore un peu sous le coup du délire des jours précédents ; cependant la malade a conscience de ce qui s'est passé et répond clairement aux questions qui lui sont posées. Elle-même raconte que pendant son délire elle se rappelle très-bien avoir eu de la diplopie. Rien du côté de l'o-



brat et de l'ouïe; pas de prurit ni de douleurs à la vulve; sentiment de pesanteur vers l'anus; la région de l'utérus n'est pas douloureuse, mais on provoque une légère douleur en pressant sur la région ovarienne gauche. Il y a toujours des expectorations blanches et sanguines, douées d'une odeur fétide, et assez abondantes. Rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. T. 39°. — On ordonne toujours du café noir.

30 octobre. La sécheresse de la gorge persiste; l'ingestion du café est suivie de vomissements. T. 38°,4; soir 39°,6. Café placé.

31 octobre. La malade se plaint seulement ce matin d'un point de côté à droite, très-violent, qui aurait commencé le lendemain du jour où l'on fit la piqûre à l'atropine, c'est-à-dire le 27 octobre. La percussion donne toujours un peu de submatité à la base du poumon droit; à l'auscultation on trouve des bouffées de râles crépitants et un peu de bronchophonie. Nous ferons remarquer que le début de cette lésion pulmonaire semble coïncider avec un désenflement notable de la cuisse gauche. T. 38°,6. — Soir. T. 39°,8.

1<sup>er</sup> novembre. On trouve à la base du poumon droit encore un peu de submatité à la percussion, et quelques râles fins à l'auscultation, on ne trouve plus de bronchophonie. T. 38°,2. — Soir. T. 38°,8.

2 novembre. T. 38°. — Soir. T. 38°,4; P. 100.

3 novembre. La malade est très-souffrante ce matin, elle a des irradiations douloureuses dans tous les membres. Insomnie complète; points de côté, surtout à droite, oppression considérable. A la base du poumon droit, légère submatité; frottement pleural et râles fins (pleuro-pneumonie qui est probablement le résultat d'un infarctus). La cuisse gauche a beaucoup diminué. La malade se plaint encore d'une grande sécheresse de la gorge. Langue sèche. T. 37°,4. — Soir. T. 38°; P. 120.

4 novembre. Une piqûre de morphine, faite hier soir, a beaucoup soulagé la malade, la nuit a été calme. Constipation opiniâtre. T. 37°,8. — Soir. T. 38°,2. P. 80.

5 novembre. Les injections ont beaucoup calmé les douleurs. La malade ne se plaint plus que du genou gauche. T. 38°. — Soir. T. 38°,6. P. 70.

6 novembre. Température de la peau très-élevée, cuisse et genou gauche très-douloureux, (on met de la teinture d'iode sur le genou). A la base droite, râle crépitant, un peu de submatité; pas de bronchophonie. T. 38°,2. Soir. T. 39°,2. P. 112.

7 novembre. La malade se plaignait hier soir d'une sensation de froid, les extrémités étaient en effet refroidies; elle avait en outre du hoquet et des nausées, elle a vomé plusieurs fois dans la nuit. Ce matin, les vomissements continuent. On n'a pas

fait d'injection de morphine hier soir. Les accidents pulmonaires s'amendent. T. 38°, 2. P. 120.

*Soir.* Plusieurs vomissements dans la journée, mais peu abondants. T. 39°, 4. P. 108.

**8 novembre.** La nuit a été assez calme; ce matin la malade se plaint d'étouffements, de douleurs dans l'abdomen, et surtout d'une constipation opiniâtre. T. 38°. P. 112. Lavement avec 30 grammes de glycérine.

Le *soir*, la malade dit avoir eu 6 selles jaunâtres, elle a vomi 2 fois dans la journée, nausées fréquentes. Pas d'injection de morphine. T. 39°, 6. P. 120.

**9 novembre.** La malade se plaint toujours de nausées et surtout d'étouffements. T. 37°, 2. P. 112. Eau de seltz glacée, pas d'injection de morphine. Le *soir*, T. 37°, 6. P. 100.

**10 novembre.** Hoquet continu et douloureux, nausées, mais pas de vomissements. Douleur très-intense à la cuisse et au genou gauche. On sent un cordon dur et douloureux sur le trajet de la saphène interne. T. 38°. P. 108. Lait, eau de seltz avec glace.

Le *soir*, T. 38°, 2. P. 132. Il n'y a pas eu de vomissements dans la journée. Les douleurs sont extrêmement violentes, le hoquet persiste. Une injection de morphine.

**11 novembre.** La malade se trouve très-soulagée ce matin; nuit calme, hoquet moins fréquent et moins douloureux, douleur moins forte dans la cuisse. Nausées ce matin; pas de vomissements. T. 38°, 4. P. 138.

Le *soir*, la malade se plaint que les douleurs sont revenues très-violentes; en outre elle a vomi 5 ou 6 fois dans l'après-midi. T. 38°, 8. P. 130. Pas d'injection de morphine.

**12 novembre.** La malade a encore vomi plusieurs fois dans la nuit; le hoquet est revenu, plus fréquent et douloureux. La constipation a reparu. T. 38°, 2. P. 128.

Le *soir*, douleurs de plus en plus violentes, surtout dans la cuisse gauche; deux vomissements depuis la visite, pouls petit, faible, dépressible et très-fréquent. T. 38°; P. 124. Une injection.

**13 novembre.** Les douleurs sont moins fortes; pas de nausées, ni de vomissements, bouche toujours sèche, constipation. T. 37°, 4. P. 120. Un lavement laxatif. — Les vomissements de la malade, analysés à plusieurs reprises, n'ont jamais fourni d'urée.

Le *soir*, les douleurs reparaissant, la malade réclame une piqure, il n'y a pas eu de vomissements dans la journée. T. 38°, 4. Pouls, avant l'injection de morphine, 128; cinq minutes après, 144. Un intervalle de trente secondes s'écoule en-

tre le moment où la piqûre est faite, et celui où la malade en ressent les premiers effets.

14 novembre. Nuit assez calme, pas de vomissements, ni de nausées; le hoquet persiste; il y a une eschare large d'environ cinq centimètres au côté interne et inférieur du coude droit. T. 38°. P. 120. Une injection le soir.

Le *soir*, la malade a été prise subitement à quatre heures et demie d'une douleur intolérable dans la cuisse gauche. Cette douleur s'est immédiatement irradiée, dans la jambe, l'abdomen et surtout les « reins »; la malade jetait de grands cris. Cette crise dura environ dix minutes et la douleur diminua insensiblement sans disparaître complètement.

A cinq heures et demie une nouvelle crise eut lieu, plus forte que la première; une injection de morphine la calma assez rapidement. T. 39°. Pouls avant l'injection, 132; cinq minutes après, 150.

15 novembre. La nuit a été calme; un vomissement hier soir; le matin, douleurs moins fortes dans la cuisse, mais persistantes dans les lombes; ce dernier signe fait supposer que l'affection cancéreuse a envahi la colonne vertébrale. T. 37°, 8. P. 120. — Le *soir*: Un vomissement dans la journée, douleurs lombaires toujours très-fortes. T. 38°, 2. Pouls, avant l'injection, 130; cinq minutes après, 144.

16 novembre. La malade n'a pas dormi. Douleurs intolérables dans les reins. En outre, elle a été prise hier soir d'un point de côté très-violent à droite, accompagné de toux et de dyspnée. A l'auscultation, on trouve du souffle dans l'aisselle droite. T. 37°, 6; P. 120. Le *soir*, même état; un vomissement dans la journée. T. 38°, 4. Pouls, avant l'injection, 128; cinq minutes après, 148.

17 novembre. Insomnie complète, douleurs toujours exaspérantes, pas de vomissements; le point de côté et la dyspnée continuent; il est impossible d'ausculter à cause des souffrances. T. 38°. P. 120. Le *soir*, un peu de calme; la malade a sommeillé dans la journée, la gorge et la langue sont très-sèches. T. 38°, 8. P. 132.

18 novembre. La malade a crié toute la nuit; les douleurs sont extrêmes. T. 37°, 8. Pouls, fin et filiforme, 140. Une injection. Le *soir*; T. 37°, 6. P. 142. Une injection. On trouve au côté droit, en avant, de la sonorité exagérée à la percussion et du souffle bronchique mélangé de râles fins à l'auscultation. Une seconde injection le soir.

19 novembre. La malade souffre un peu moins ce matin; la nuit a été assez calme. Le point de côté persiste ainsi que les douleurs lombaires, mais elles sont moins violentes. Les extrémités sont refroidies. Pas d'injection ce matin. T. 37°. Pouls

petit et filiforme, 120. Le soir, la malade se plaint de ne pouvoir respirer ; le point de côté est excessivement violent. A l'auscultation, on entend toujours un souffle très-fort. Le refroidissement s'accroît. T. 37°.2. P. 134, presque insensible. Une injection ce soir.

20 novembre. Mort à cinq heures et demie du matin. La malade avait conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment, T. 38°.8,

AUTOPSIE. — Le corps est dans un état d'amaigrissement très-prononcé ; les muscles sont un peu pâles, mais non entièrement décolorés. Pas d'épanchement dans le thorax ni dans l'abdomen.

CAVITÉ THORACIQUE. — *Poumon droit.* Au sommet, adhérences celluluses anciennes, peu considérables ; sur ce même sommet, on voit des points indurés au nombre de 5 ou 6, qui correspondent, à la coupe, à un tissu gris-noirâtre, traversé par des fibres blanchâtres, ressemblant à des cloisons épaissies. Vers le bord antérieur du lobe supérieur, on trouve un noyau plus gros et présentant les mêmes caractères. Vers la partie moyenne et près du bord antérieur du même lobe, on voit un tissu induré, du volume d'une noix, fortement congestionné, de couleur brunâtre, sans aucun point ramolli (infarctus assez récent).

*Poumon gauche.* A la surface de la plèvre, on aperçoit plusieurs cicatrices étoilées, dont le centre correspond à un noyau induré, blanchâtre, à la coupe duquel on reconnaît une structure fibreuse avec épaississement de la plèvre. Les noyaux sont au moins au nombre d'une vingtaine sur ce poumon. En les examinant au microscope, on a reconnu que c'étaient des noyaux cancéreux. Le reste des deux poumons est fortement congestionné ; ils n'ont point d'adhérences au diaphragme. Vascularisation énorme de la *plèvre diaphragmatique*, sans liquide épanché. Le *diaphragme* présente des adhérences généralisées et très-fortes avec le foie.

*Cœur.* — Pas de liquide dans le péricarde ; pas de rétrécissement aortique. Muscle cardiaque pâle et décoloré, pas de lésions valvulaires.

*Foie* extrêmement volumineux, gras, sans néoplasie. *Rate* assez volumineuse ; quelques traces de périsplénite ; tissu normal.

*Rein gauche* volumineux ; la capsule se détache assez facilement, sans enlever aucune parcelle de la substance rénale. Le rein, dans son ensemble, est le siège d'une dégénération graisseuse qui fait disparaître en partie la substance corticale et détruit même complètement quelques-unes des pyramides. *Urètre gauche*, fortement dilaté, sans que cependant la dila-

tation ait été poussée au point d'amener une atrophie du tissu rénal. — *Rein droit.* Les lésions sont les mêmes que du côté opposé; cependant, vers l'extrémité inférieure, existe un calice extrêmement dilaté, formant un kyste du volume d'une pomme et dont les parois sont constituées par la muqueuse fortement congestionnée.

Dans la cavité du *petit bassin*, sur le côté gauche de l'utérus, existe une collection purulente, au milieu de laquelle s'engagent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent au membre inférieur. *A droite*, on aperçoit également une masse caséeuse au milieu de laquelle sont engagés les organes qui descendent à la cuisse. La cavité du petit bassin est remplie par une tumeur volumineuse, située sur le côté gauche et qui rejette sur la droite le corps de l'utérus et aplatis la vessie sur la paroi abdominale. Cette tumeur est constituée par un kyste contenant de la sérosité, et qui semble développé aux dépens de la trompe gauche dilatée.

Le *corps de l'utérus* est de volume et de consistance normale, mais le *col* est envahi par une masse cancéreuse ulcérée qui détruit tout le col et comprime la vessie en avant, et en outre aplatis les urètres entre la vessie et l'utérus.

Le foyer purulent signalé dans le petit bassin à gauche, remplit complètement la gaine des muscles psoas et iliaque de ce côté. Ces muscles ont complètement disparu, sans qu'il soit possible d'en retrouver autre chose que quelques faisceaux graisseux et macérés. En remontant sur la paroi latérale gauche de la colonne vertébrale, on arrive au niveau de la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire, dont le corps est creusé, à sa partie antéro-latérale gauche, d'une caverne qui est le point de départ du foyer purulent. Cette caverne détruit presque la moitié du corps de cette vertèbre, ainsi que le disque qui la sépare de la vertèbre supérieure; mais le foyer de l'abcès ne pénètre pas jusque dans le canal rachidien. En effet, si l'on ouvre celui-ci, on constate que la dure-mère est saine, ainsi que les nerfs de la queue de cheval. Les parois de la caverne sont constituées par du tissu cancéreux.

Les *nerfs du plexus lombaire*, et notamment le nerf crural, au niveau de l'abcès qu'ils traversent, sont le siège des lésions suivantes: on y constate, au microscope, une hypertrophie très-appreciable du tissu conjonctif, avec jeunes cellules fusiformes.

La *veine crurale gauche*, est oblitérée jusque vers le milieu de la cuisse. De là, elle arrive dans le bassin où elle traverse l'abcès dont nous avons parlé plus haut, et au niveau duquel elle est encore oblitérée. Le caillot arrive jusque dans la veine iliaque, mais ne remonte pas jusque dans la veine cave infé-

rieure. Dans la veine crurale, le caillot est tellement ancien, qu'il est canaliculé.

**48. Adénite inguinale double suppurée, abcès du bassin consécutif; mort; par M. GOUGUENHEIM, membre adjoint (1).**

L'observation que j'ai l'honneur de lire à la Société anatomique présente un réel intérêt. L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais la marche de la maladie, les complications qui ont mis fin aux jours du malade permettent de suppléer à cette lacune, plutôt apparente que réelle; car les désordres étaient tellement étendus qu'il n'eût pas été possible de retrouver la filière anatomique des accidents: on eût donc été réduit, malgré ce complément précieux de l'observation, à recourir à une hypothèse explicative.

N..., âgé de 39 ans, négociant étranger, réclama mes soins pour une adénite inguinale double suppurée. Le malade ne présentait aucune ulcération, soit de la verge, soit du scrotum, soit des fesses ou de l'anus; mais quelque temps auparavant, il avait, dans un voyage, souffert d'une éruption prurigineuse généralisée, qui avait été qualifiée de *gale* par les médecins espagnols qui l'avaient traité à ce moment. Actuellement il ne reste plus trace de cette éruption. La double adénite guérit rapidement à l'aide d'une incision et de pansements appropriés. La guérison eut lieu sans accidents. Mais aussitôt survinrent des troubles dont la nature resta longtemps inexpliquée.

Le malade se plaignit de douleurs névralgiques partant de l'aîne et suivant le trajet du nerf crural; un ou deux jours après, la fesse devint le siège d'autres douleurs qui s'irradiaient le long du nerf crural, et qui, par leur intensité, dépassèrent et même masquèrent celles de la partie antérieure des cuisses. Ces névralgies, d'abord unilatérales, ne tardèrent pas à devenir bilatérales. D'abord intermittentes, mais irrégulières dans leur apparition, elles devinrent presque continues avec des exacerbations d'une intensité inouïe.

L'examen approfondi des parties molles de la cuisse et de l'abdomen et du squelette iliaque, sacré et vertébro-lombaire ne révélait rien de particulier. Le malade souffrait en même temps d'une constipation opiniâtre, facile à vaincre; mais même après cela, les douleurs n'étaient point calmées. La marche de plus en plus difficile devint impossible, et le malade ne pouvant ni se tenir debout, ni s'asseoir, gardait le lit dans un état d'immobilité absolue et d'où on ne pouvait le tirer

---

(1) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

qu'au prix de souffrances aiguës. Aucun moyen thérapeutique ne pouvait soulager ces douleurs. En même temps le malade avait un état de fièvre presque continu.

Au bout de trois semaines de cet état, M. Charcot fut appelé en consultation. Le malade n'avait pas été examiné depuis deux jours que cette consultation avait été résolue. M. Charcot découvrit un œdème des fesses, de la région iliaque droite et de la partie supérieure de la cuisse du même côté; en même temps on constata l'existence d'un point très-douloureux au niveau de l'échancrure sciatique. Sauf les douleurs névralgiques, rien de pareil à gauche.

M. Charcot conclut à l'existence d'une suppuration profonde, mais dont l'origine était difficile à apprécier. L'articulation de la hanche était respectée. Un ou deux jours après cette consultation, de l'œdème se développa du côté opposé qui présentait une apparence semblable à celle du côté droit. M. Ledentu fut appelé à donner des soins au malade, et M. Richet fut prié de donner son avis. A ce moment du pus fétide s'écoula par le rectum sans amener de soulagement. L'examen du rectum fait par M. Richet démontra l'existence d'un décollement très-étendu de cet intestin, qui était mobile dans le bassin, comme un véritable battant de cloche. Il fut décidé que l'on donnerait issue au pus par des contre-ouvertures qui permettraient à la collection purulente de se vider par plusieurs côtés. En même temps des lavages détersifs étaient pratiqués deux fois par jour dans le vaste foyer. Le malade ne tarda pas, malgré ces soins, à succomber épuisé par la suppuration abondante et fétide qui s'écoulait de l'abcès. La mort eut lieu environ huit jours après l'opération.

Ne pourrait-on pas supposer que, dans ce cas, l'inflammation aurait envahi par l'intermédiaire des lymphatiques, les ganglions profonds, puis le tissu cellulaire du bassin, d'où le phlegmon qui a enlevé si rapidement le malade. La compression ou l'inflammation des plexus nerveux auraient été la cause de ces douleurs névralgiques que rien ne pouvait soulager.

L'étude des lymphangites est à l'ordre du jour et j'ai pensé que bien que la démonstration anatomique de mon hypothèse n'ait pu avoir lieu, cette hypothèse était vraisemblable, et que l'observation, par conséquent, méritait de vous être rapportée.

**49. Rapport sur la candidature de M. Barié au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. COYNE.**

Messieurs, parmi les faits intéressants que vous a présentés M. Barié, il en est un surtout sur lequel je crois utile de rap-

peler votre attention. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, mort au bout de 9 jours d'une phthisie aiguë, et chez lequel on trouva réunies à la fois, des altérations tuberculeuses évidentes, dans les poumons et le péritoine, et des lésions qu'on regarde comme habituelles dans la dothiépéritérie (tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques, ulcérations des plaques de Peyer, etc.)

Comment convient-il d'interpréter ces faits ? En nous reportant, d'une part, au début de la maladie, à l'extrême rapidité de sa marche, et d'autre part aux lésions tuberculeuses du poumon et du péritoine, nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agit là d'une phthisie aiguë ; mais, d'un autre côté, si nous nous rappelons que dans les derniers jours de sa maladie, le malade a présenté de véritables symptômes typhoïdes, et que l'autopsie nous montre les lésions habituelles de cette affection, nous pouvons songer à la possibilité d'une fièvre typhoïde.

On sait que la simultanéité de ces deux maladies est des plus rares, à supposer même qu'il en existe des observations authentiques. On sait également que les auteurs décrivent une forme particulière de phthisie aiguë, dans laquelle il y a prédominance des accidents typhiques, au point de rendre presque impossible, le diagnostic certain de la maladie.

Mais si nous examinons quelques-uns de ces faits, nous verrons de suite qu'une différence capitale les distingue de celui qui vous a été présenté. THIRIAL dans le *Journal de médecine* de Trousseau (1844), cite quatre cas remarquables de phthisie aiguë à forme typhoïde ; dans tous les quatre, l'intestin est intact. EMPIS dans son *Traité de la granulie*, en rapporte également quatre cas curieux : Dans les trois premiers, l'intestin était sain ; dans le quatrième, le péritoine était criblé de granulations, mais la muqueuse était saine. Dans un cas intéressant, que rapportent HÉRARD et CORNIL, la rate un peu grosse était couverte de granulations, mais l'intestin était normal.

Ainsi dans aucun des cas précités, nous ne trouvons notée la présence, comme dans le cas qui nous occupe, d'ulcérations intestinales ; ces ulcérations, d'ailleurs, ont-elles un caractère propre ? peut-on affirmer qu'elles sont typhiques, ou qu'elles sont tuberculeuses ?

Dans les deux cas, ainsi que le font remarquer Hérard et Cornil, les follicules clos agminés ou isolés, sont le siège de prédilection de ces lésions, quelle qu'en soit la nature.

En outre, les ulcérations tuberculeuses, d'après les mêmes auteurs, auraient pour caractère, un ulcère arrondi, ou allongé transversalement, devenant peu à peu inégal et déchiqueté sur ses bords par l'adjonction et la fonte commune avec un ulcère



voisin. Ajoutons que, sur leurs bords, de même que dans leur profondeur, on voit des masses tuberculeuses crues ou ramollies.

Quant à l'ulcération typhique, elle aurait les caractères suivants, pour Niemeyer, qui les décrit d'après Rokitsky : Forme ronde ou elliptique, à grand diamètre longitudinal ; le fond est formé par le tissu sous-muqueux ; les bords, par un liseré, dépendant de la muqueuse, décollé, et légèrement sinueux, si la plaque n'a subi qu'une mortification incomplète.

Dans le cas que vous a présenté M. Barié, les ulcérations, rondes ou elliptiques, avaient leur grand axe parallèle à l'axe longitudinal de l'intestin ; ni leurs bords, ni leur profondeur ne paraissaient avoir trace de granulations tuberculeuses.

M. Cadiat, qui a examiné au microscope quelques-unes de ces ulcérations, y a trouvé une infiltration considérable de noyaux, et serait disposé à regarder les lésions comme étant de nature tuberculeuse ; mais dans l'examen qu'il a fait, il ne signale aucune des lésions vasculaires, ni thromboses, ni altérations de l'endartère, auxquelles on serait en droit de s'attendre dans l'hypothèse d'un processus tuberculeux.

Aussi nous croyons que dans le cas présent, il n'est pas aisé de se prononcer, et qu'un examen histologique ne peut trancher la question d'une façon définitive. C'est pour cela même que ce fait est intéressant : il prouve, que si au point de vue de la symptomatologie, le diagnostic différentiel de la phthisie aiguë et de la fièvre typhoïde est souvent difficile, il ne l'est pas moins, dans certains cas, au point de vue des lésions anatomiques.

#### Élections.

M. CARRIÈRE, membre titulaire de la Société depuis 3 ans, est nommé *membre honoraire*.

M. DEROYE est nommé *membre correspondant*.

*Le secrétaire,*

A. SEVESTRE.

**DÉCEMBRE 1874**

*Séance du 4 décembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

- 1. Syphilis tertiaire (gomme suppurée de la cuisse gauche ; gomme du rein ; gomme du poumon) ; pneumonie catarrhale et purulente ;** par M. CUFFER, interne des hôpitaux.

X..., 39 ans, entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 10, contracta un chancre de la verge il y a dix-sept ans. Il ne présenta à la suite aucun signe de syphilis constitutionnelle. Toutefois, il y a cinq mois, il eut une iritis que M. Wecker regarda comme étant de nature syphilitique et qu'il soigna comme telle. En même temps que cette iritis, il commença à ressentir une douleur vague dans la cuisse gauche, dans un point où, peu après, apparut une petite tumeur, qui alla constamment en augmentant de volume.

A son entrée, on constata à la partie postérieure de la cuisse, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, une tumeur mollassse, un peu fluctuante, sans adhérences à la peau, qui présentait une coloration normale. Au début, les dimensions de cette tumeur étaient de 15 cent. de long sur 8 cent de large ; elle faisait une saillie d'environ 4 cent., et se continuait insensiblement avec les tissus de la cuisse. La pression n'y déterminait aucune douleur. On pensa d'abord à un abcès froid. Mais quelques jours après, à la partie centrale, la peau commença à rougir, puis s'ulcéra. L'ulcération donna issue à du pus séreux et à des filaments jaunâtres de tissu cellulaire en partie mortifié. Puis une nouvelle ulcération se montra au-dessus de la précédente. Les deux ulcérations ne tardèrent pas à se réunir, et l'on put alors constater qu'il y avait une vaste cavité se prolongeant de tous les côtés sous

la peau décollée. Cette cavité était remplie de sérosité infecte, mêlée de tissus mortifiés; on sentait au fond la saillie d'un muscle, le biceps, qui paraissait comme disséqué par la supputation.

Cette ulcération, sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et des injections iodées, sembla diminuer d'abord; des bourgeons charnus recouvrirent les parois de la cavité dont nous avons parlé; mais cet état ne persista pas longtemps, l'ulcération s'agrandit de plus en plus. En même temps, on remarqua à la partie postérieure de la malléole externe de la jambe droite, une tumeur allongée, dure, indolente, présentant les caractères d'une gomme au début.

L'état général du malade ne tarda pas à s'altérer; la suppuration de la plaie devint de plus en plus abondante; le malade perdit ses forces, l'amaigrissement se prononça de plus en plus; enfin il succomba le 29 novembre avec tous les signes de la fièvre hectique. Quelques jours avant sa mort, malgré l'absence complète de troubles fonctionnels du côté du poulmon, on avait examiné la poitrine et l'on avait constaté, à la base des deux poulmons, une matité très-marquée avec augmentation des vibrations thoraciques. A l'auscultation, il y avait diminution du bruit respiratoire, un peu de souffle bronchique, pas de râles. L'existence de ces signes de condensation du parenchyme pulmonaire, sans troubles fonctionnels appréciables, avait fait penser à une altération de nature syphilitique siégeant à la base des poulmons.

**AUTOPSIE.** Le tube digestif dans toute son étendue est sain. On ne trouve également aucune altération des organes génito-urinaires, du cerveau, des méninges, du cœur, des vaisseaux.

L'ulcération de la cuisse gauche, mesurant 10 cent. de large sur 18 de long, présente le même aspect que celui que nous avons décrit: bords irréguliers, taillés à pic, décollement très-étendu de la peau, et dans la profondeur, le muscle biceps en partie sphacélé et isolé des parties voisines. (La tumeur de la jambe droite a bien l'aspect d'une gomme du tissu cellulaire, elle est allongée, sans adhérences au tibia, indépendante du périoste.

Le foie est grasseux, assez volumineux. La rate est ramollie, mais ne présente aucune altération notable. Les reins et les poulmons, au contraire, offrent des lésions très-intéressantes.

La substance médullaire du rein droit est saine. Mais, dans la substance corticale, on constate au niveau de la couche la plus superficielle, immédiatement au-dessous de la capsule du rein, une petite tumeur du volume d'un gros pois, d'une couleur gris-blanchâtre, saillante, présentant à son centre un point

ramolli par lequel elle adhère à la capsule. A la coupe, cette tumeur est assez résistante, lisse. Auprès de cette tumeur, on voit une tache grisâtre assez nettement circonscrite, et tranchant sur la couleur rougeâtre du tissu rénal périphérique. Le tissu du rein lui-même ne semble pas avoir été le siège de néphrite interstitielle.

**Poumons.** Les plèvres sont recouvertes par des fausses-membranes récentes, peu adhérentes à la séreuse. Dans le poumon gauche, à la partie inférieure du lobe supérieur et du lobe inférieur, on remarque des masses très-volumineuses, assez dures, bosselées, qui à la coupe, ont une coloration grisâtre. Elles semblent constituées par des flots rappelant la disposition des lobules du poumon. De ces flots, les uns sont grisâtres et un peu ramollis, les autres blanchâtres, sans traces de ramollissement, et rappelant par leur aspect extérieur la lésion décrite sous le nom de pneumonie blanche. L'ensemble de chaque tumeur est entouré par une zone de tissu pulmonaire assez dense. Le reste du poumon est congestionné. Les mêmes altérations se rencontrent dans le poumon droit, dans ses lobes moyen et inférieur. Mais outre des masses volumineuses, on trouve disséminées dans les deux poumons des petites masses blanches; les unes résistantes, s'énucléent assez facilement; les autres moins dures et de forme irrégulière, présentent une partie large regardant la périphérie du poumon et une partie rétrécie semblant se continuer avec une bronche, en un mot affectent la forme d'un lobule pulmonaire. Les ganglions bronchiques sont sains.

Enfin, l'œil droit qui, pendant la vie, avait offert des signes d'iritis syphilitique, ne nous a pas paru altéré. L'iris n'offre pas de traces de déformation, pas de coloration spéciale, pas de tumeurs. La rétine est normale. La choroiée seule semble dépourvue d'une partie de son pigment, en arrière de l'ora serrata.

MM. CORNIL et CORNÉ ont fait l'examen histologique des diverses lésions du poumon et du rein. Voici les résultats qu'ils nous ont communiqués :

Les alvéoles pulmonaires sont remplis de globules de pus. Les cloisons fibro-élastiques des alvéoles ne sont pas épaissies, si ce n'est que leurs vaisseaux capillaires sont remplis de sang. Les globules de pus contenus dans les alvéoles sont plus granulo-graisseux dans les parties les plus anciennes, c'est-à-dire les plus rapprochées du centre des masses morbides. De plus, un assez grand nombre d'alvéoles contiennent une assez grande quantité de grosses cellules épithéliales

gonflées et grenues, mêlées aux leucocytes dans l'exsudat intra-alvéolaire. C'est donc une *pneumonie catarrhale et purulente*. Mais outre ces lésions de la pneumonie, on trouve en certains points des quantités considérables d'éléments nucléaires agglomérés, présentant l'aspect des *tumeurs gommeuses*. Quant à la tumeur du rein, il est évident que c'est une *gomme* avec tous ses caractères.

M. VERNEUIL. Les tumeurs des poumons, examinées à l'œil nu, ressemblent singulièrement à des gommès.

## 2. Hémorrhagie intestinale chez une albuminurique;

par M. MUZELIER, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, entrée le 10 septembre à l'hôpital de la Pitié, (service de M. GOMBAULT). Enceinte d'environ sept mois, cette femme qui avait eu déjà un enfant à l'âge de 21 ans, éprouvait depuis environ deux mois, des accidents, tels que dyspnée, œdème des extrémités inférieures, affaiblissement général, épistaxis répétées, qui allèrent en s'aggravant, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Huit jours avant, crise de nerfs (?) qui dura longtemps.

A son entrée, on constaté les mêmes symptômes qui viennent d'être énoncés; il y a une notable quantité d'albumine dans les urines. Elle accouche le 14 septembre, d'un fœtus de sept mois, mort-né (accidents éclamptiques qui cèdent rapidement). Rétablissement lent de la malade qui reste profondément anémique avec le visage bouffi et de l'œdème des extrémités inférieures, et conserve toujours une notable quantité d'albumine dans les urines. Sortie le 30 octobre, elle rentre le 7 novembre avec un œdème généralisé, un peu d'ascite, un épanchement dans la plèvre gauche. Aggravation les jours suivants. Vers le 20 novembre, dyspnée croissante, double épanchement pleural, urines très-albumineuses, pas d'épistaxis.

28 novembre. La malade rend, par les selles, environ un litre et demi d'un sang noir et liquide presque pur. Le lendemain matin, elle a de nouveau une selle sanguinolente, moins considérable que la veille. Elle meurt quelques instants après, avec tous les signes d'une anémie profonde.

AUTOPSIE. Épanchement séreux dans le péricarde et les deux plèvres; poumons sains; cœur globuleux, parois du cœur hypertrophiées; reins atrophiés, rétractés, aspect granuleux très-prononcé, avec de très-petits kystes à sa surface, tissu décoloré, substance corticale presque disparue. Rien dans l'intestin grêle; le gros intestin est distendu comme un boudin, depuis la valvule iléo-cœcale, jusqu'à l'anus, par une énorme

quantité de sang noir coagulé. Un examen attentif n'a fait reconnaître aucune rupture vasculaire dans toute cette portion de l'intestin.

**3. Corps fibreux de l'utérus, communication fistuleuse avec le rectum; par M. MUZELIER, interne des hôpitaux.**

Femme de 45 ans, couturière, entrée le 26 janvier 1874, à la Pitié, service de M. GOMBAULT. Elle n'a jamais eu d'enfant, et est encore réglée; elle entre dans notre service, pour les douleurs dans le bas-ventre, et des pertes de sang dont l'origine remonte au siège de Paris. Tumeurs multiples et arrondies, appréciables par la palpation, au niveau de la fosse iliaque gauche; utérus volumineux. Etat longtemps stationnaire.

La malade meurt le 24 novembre, après avoir présenté de l'albumine dans les urines, des épanchements dans les plèvres, et un œdème généralisé. Environ deux mois avant la mort, on avait vu survenir à deux ou trois reprises différentes, des selles purulentes.

**AUTOPSIE.** Cœur hypertrophié, pas de lésion valvulaire; rein gauche atrophié, bassinet et uretère distendus par les urines; rein droit congestionné, volumineux; le bassinet dilaté, renferme plusieurs calculs du volume et de la forme d'un haricot; l'utérus est très-volumineux, surmonté vers son sommet, de bosselures arrondies, qui répondent à des tumeurs fibreuses dont l'intérieur renferme des cavités kystiques en voie de formation. La paroi utérine est envahie complètement par des productions du même genre. En arrière, on trouve une communication par un trajet fistuleux qui unit le rectum à la face postérieure de l'utérus. Il y a là une vaste collection purulente qui s'est développée entre les deux organes, et qui donne l'explication des selles purulentes.

**4. Gangrène des extrémités inférieures; Embolies artérielles; Endocardite du cœur gauche; Rétrécissement mitral; Concrétions fibrineuses de l'auricule gauche; par M. le D<sup>r</sup> TURNER.**

Héloïse Michelon, blanchisseuse, 28 ans, entre le 11 novembre 1873, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, n° 22 (service de M. MILLARD); mariée, elle a eu deux enfants, l'un de 11 et l'autre de 9 ans.

Cette femme porte au flanc droit un drain en forme de séton. Elle a été opérée, il y a 3 ans, par M. le Professeur Verneuil, d'un kyste dont elle ne précise pas la nature. Elle est guérie depuis longtemps, mais elle a toujours conservé cette

espèce de séton par lequel se fait une suppuration d'ailleurs peu abondante.

Bien que n'éprouvant aucune gêne de ce côté ni dans le ventre, elle ne pouvait travailler que très-peu. Elle n'était pas d'une bonne santé, quoique très-grasse; elle se fatiguait très-vite, était habituellement essoufflée, tourmentée de palpitations fréquentes; ses règles manquaient quelquefois; pas d'atteinte rhumatismale antérieure.

Le 25 octobre, elle fit une fausse couche à trois mois et demi : elle perdit beaucoup de sang, elle n'eut pas de douleurs dans le ventre; les lochies avaient une certaine odeur. Elle ne s'était pas encore levée et n'avait fait aucune imprudence, quand le jeudi 3 novembre, elle fut prise d'une toux violente avec oppression très-grande. L'expectoration n'offrait rien de particulier; pas de point de côté.

Le 8 novembre, elle eut un tel accès d'étouffement, qu'on fit demander, pour la première fois, le médecin. Un vésicatoire fut prescrit et il n'était pas plus tôt appliqué qu'elle ressentit subitement une violente douleur dans la jambe gauche. Le pied devint froid et comme engourdi, insensible. La douleur persista très-vive, c'était une sensation de brûlure.

10 novembre, les mêmes phénomènes se produisent à la jambe droite. Elle éprouve tout d'un coup un élancement douloureux, le pied droit est engourdi et froid. La douleur lui arrache des cris continuels, il lui semble qu'elle a les jambes dans le feu. — On l'apporte à l'hôpital le 11 novembre.

Le 12 novembre, elle n'a presque pas dormi, elle est pâle, un peu oppressée, agitée, et donne avec volubilité les renseignements qui précèdent. — Les deux pieds sont froids, surtout le gauche. Il présente, en outre, une coloration rouge violacée. Cette coloration anormale s'est montrée dès le 9, à la jambe gauche; sur la droite, elle commence seulement à paraître. La limite des parties dans lesquelles la circulation est interrompue au pied gauche, est marquée par un liseré assez net qui se voit au-dessus des malléoles. C'est au-dessous de cette limite qu'on constate le refroidissement et la perte de la sensibilité qui s'observent aussi au pied droit. Le contraste est frappant entre l'insensibilité complète des parties refroidies et la vive douleur que développe la moindre pression du doigt, au-dessus de la limite indiquée. Un peu d'œdème des extrémités, plus prononcé à gauche; mais ce signe est difficile à apprécier parce que la malade est très-grasse. — On ne sent plus les battements de la fémorale gauche au pli de l'aîne, et à la fémorale droite, ils sont très-faibles. — L'état des poumons n'explique point l'oppression dont se plaint encore la malade. Aucun bruit anormal à l'auscultation. Le thermomètre marque 37°, 6. —

Les battements du cœur sont tumultueux, 120 pulsations. On n'entend pas de bruit de souffle, mais les claquements valvulaires du premier bruit sont exagérés à la pointe. Il y a une gêne dont on ne se rend pas bien compte. La percussion ne peut pas non plus donner d'éclaircissements, la paroi thoracique étant doublée d'une couche énorme de graisse. — Le ventre n'est pas douloureux. Il n'y a pas de signes d'inflammation péri-utérine. — La diarrhée qu'on observe a été provoquée par un purgatif.

13 novembre. La partie moyenne des jambes est toujours le siège de douleurs très-vives qui s'exaspèrent par la moindre pression ou le plus petit mouvement. Outre la sensation de brûlure, la malade accuse une sensation de constriction vers le creux du jarret. La gangrène marche lentement, toujours plus prononcée à gauche qu'à droite. Il y a un peu moins d'agitation. T. 38°, 2.

15 novembre. Même état. Les battements de la fémorale droite sont presque imperceptibles. La gangrène s'est un peu étendue, et est toujours plus prononcée à gauche. Des marbrures violacées apparaissent aussi à droite, sur le pied et au niveau des malléoles. T. 39°, 4. P. 120.

17 novembre. La gangrène, quoique lentement, monte toujours et conserve sa prédominance à gauche; les douleurs deviennent si intolérables qu'on prescrit des injections morphinées. T. 40°, 2. L'auscultation du cœur n'a rien appris de plus que la première fois.

19 novembre. Les injections de morphine ont amené du calme. L'état général ne s'aggrave pas beaucoup. Le liseré est en ce moment au-dessous du genou gauche et au tiers inférieur de la jambe droite. T. 39°, 9.

20 novembre. L'extrémité du membre gauche commence à diminuer de volume; ce fait est surtout apparent au pied, dont les orteils sont durs et tendent à se dessécher. Le pied droit a encore son volume normal. Il présente une teinte rouge, violacée par places; sur quelques points il y a une blancheur mate. Les battements du cœur sont moins énergiques. T. 39°, 4. P. 124.

22 novembre. La malade perd ses forces. On la tient toujours sous l'influence de la morphine. Elle accuse des douleurs constrictives au haut des cuisses; on est obligé de la sonder. Un liseré très-prononcé annonce que la gangrène a gagné le genou gauche et le milieu de la jambe droite. Les orteils sont durs aux deux pieds et déjà desséchés à gauche, surtout le gros orteil qui est racorni et de couleur brunâtre. T. 39°.

24 novembre. Des marbrures violacées se montrent à la partie



supérieure des cuisses, surtout à gauche. Les douleurs sont moins vives, Diarrhée. T. 38°, 6. P. 96.

25 novembre. Agitation, délire la nuit. T. 38°, 2.

26 novembre. Au moment de la visite, la malade est prise d'un accès d'oppression avec point de côté à droite; elle se sent défaillir. Le pouls est misérable et irrégulier : 124 p. La langue est sèche à la partie médiane; la malade succombe à 2 heures de l'après-midi en pleine connaissance.

AUTOPSIE le 28 novembre. — La cavité thoracique est remarquable par ses petites dimensions. Les poumons, parfaitement sains, présentent à leur surface pleurale un piqueté noir très-fin et très-abondant. — Dans le médiastin postérieur, un ganglion bronchique, de la grosseur d'une olive, est transformé en une véritable petite pierre calcaire.

Le cœur, un peu hypertrophié, contient dans ses cavités droites et dans l'oreillette gauche des caillots assez gros, d'une seule pièce, gélatiniformes, très-mous, sans partie rouge. L'orifice mitral seul est rétréci. La valvule et ses cordages sont épaissis, elle est légèrement végétante à sa surface auriculaire. L'orifice aortique est sans lésions, les valvules sigmoïdes aortiques suffisantes. L'auricule gauche est remplie de caillots fibrineux anciens, blanchâtres, durs, friables; deux d'entre eux plus gros que des pois, à surface irrégulière, sont libres, probablement détachés d'une petite masse fibrineuse de même nature qui adhère à la paroi auriculaire en un point très-limité.

L'aorte dont je dois signaler le petit calibre, est vide et sans lésion aucune, jusqu'à deux centimètres au-dessus du tronc coeliaque. Là, commence un gros caillot, blanc, compacte, à extrémité arrondie, remplissant complètement la lumière du vaisseau, ayant plus d'un centimètre de diamètre et mesurant au moins quatre centimètres de longueur. Il se continue par une partie rétrécie avec un autre caillot de mêmes dimensions et de même forme, qui va jusqu'à la bifurcation de l'aorte, avec un prolongement de deux centimètres dans l'iliaque primitive gauche; celle-ci est remplie, dans tout son trajet, par un caillot rouge assez consistant, de la grosseur d'une plume d'oie. L'iliaque primitive droite est bien plus petite et presque vide. Au niveau de l'origine de l'iliaque interne gauche, se trouve un caillot blanc, dur, uni à sa surface, du volume et de la forme d'un haricot. Son extrémité inférieure arrondie est engagée dans l'iliaque externe. Une petite saillie, arrondie aussi, proémine et entre dans l'iliaque interne (premier embolus). L'iliaque externe gauche, n'ayant plus que la grosseur de la brachiale, contient des caillots rouges peu consistants, qui vont en diminuant et cessent au commencement de la fémorale.

Au-dessous de l'origine de la fémorale profonde et jusqu'à l'anneau des adducteurs, la fémorale est remplie d'un caillot rouge, adhérent à ses parois qui paraissent injectées. Du côté droit, point de caillot blanc à l'origine de l'iliaque interne. Les branches artérielles de ce côté sont encore plus rétrécies qu'à gauche, ne contenant qu'un mince caillot rouge. Mais au niveau de l'origine de la fémorale profonde, se trouve dans la fémorale, un caillot rouge plus consistant, adhérent aux parois vasculaires qui semblent injectées, comme nous le faisons remarquer plus haut.

La veine fémorale gauche seule est distendue par des caillots blancs consistants, si bien qu'elle forme un gros cordon dur de plus d'un centimètre de diamètre, depuis l'anneau des adducteurs jusque vers l'arcade fémorale. Une valvule a laissé sa trace sur le caillot, près de l'embouchure de la veine fémorale profonde dans laquelle se prolonge aussi le caillot blanc et dur. La saphène interne gauche ne contient que du sang noir à peine coagulé. Il a été facile de la suivre à travers la couche de graisse qui forme, à la cuisse, une épaisseur de 3 centimètres environ.

Les veines de la cuisse droite ne présentent que des caillots noirs et peu consistants. Les veines iliaques et la veine-cave inférieure, à son origine, sont vides. L'utérus est encore un peu gros; pas de lésion inflammatoire de cet organe ni de ses annexes.

**5. Fistule consécutive à un kyste suppuré du rein droit ;**  
par M. LOREY, interne des hôpitaux.

La malade, dont M. le Dr Turner vient de présenter l'observation, avait été opérée, il y a 3 ans, à l'hôpital Lariboisière, par M. le professeur Verneuil. Elle portait, depuis cette époque, au niveau de l'hypochondre droit, à deux centimètres environ des fausses côtes, un tube à drainage par lequel s'écoulait, chaque jour, un peu de pus assez fétide.

L'AUTOPSIE a démontré qu'il s'agissait, lorsque M. Verneuil opéra la malade, d'une néphrite calculeuse du rein droit, qui avait envahi la paroi abdominale correspondante, et développé autour d'elle une péritonite de voisinage dont une des conséquences avait été l'atrophie à peu près complète de la vésicule biliaire.

Sous l'influence du drainage et de la suppuration prolongée, la poche kystique suppurée avait diminué progressivement de volume; elle s'était séparée peu à peu de la paroi abdominale, et elle n'était plus aujourd'hui en communication avec le train et son trajet fistuleux que par l'intermédiaire

d'un canal membraneux, gros comme une plume d'oie, long de cinq centimètres, sorte de pont jeté entre la paroi abdominale et l'abcès rénal. C'est par ce canal que le rein suppuré et désorganisé vidait chaque jour au dehors le pus qu'il sécrétait. Au niveau du bassin, on trouve un énorme calcul, noirâtre, feuilleté, en voie de désagrégation, et enchatonné en partie dans l'orifice supérieur de l'uretère presque totalement oblitéré et réduit à un cordon fibreux.

Il s'agit donc d'une néphrite calculeuse suppurée du rein, ayant envahi, à un moment donné, la paroi abdominale, mais qui a subi un retrait progressif, grâce au drainage pratiqué par M. Verneuil.

La malade a été ainsi améliorée; mais la possibilité de sa guérison paraît douteuse. Dans tous les cas, cette longue suppuration, prolongée depuis 3 années, a amené la dégénérescence graisseuse du foie, et a prédisposé certainement cette femme aux accidents qui ont suivi sa fausse-couche et qui ont causé sa mort.

M. VERNEUIL. Je n'ai conservé de ce fait que des souvenirs très-vagues; il est évident que ce kyste a son origine dans le rein, mais il est difficile encore aujourd'hui, de préciser quelle a été la lésion primitive. La persistance du tube à drainage, que j'ai il y a un an conseillé à la malade de garder, indique que la guérison n'était point encore obtenue; l'oblitération de l'uretère nous rend compte de ce fait, et nous montre en même temps que l'opération était insuffisante et qu'il aurait fallu pratiquer une sorte de néphrotomie.

J'ai déjà plusieurs fois rencontré des cas analogues et dans lesquels la guérison n'était pas encore obtenue au bout de plusieurs années, et je crois qu'en pareille circonstance, les chances de guérison varient, suivant que le kyste adhère à la paroi abdominale antérieure ou au contraire à la paroi postérieure. Dans le premier cas, une fois que le kyste est vidé, son enveloppe se rétracte progressivement, de sorte que le fond se rapproche de l'orifice, et la cavité finit par s'oblitérer. Si, au contraire, le kyste adhère à la paroi postérieure de l'abdomen, on conçoit que sa demi-circonférence postérieure ne peut se rapprocher de l'orifice extérieur, et qu'il existe toujours un trajet fort étroit mais très-long; ce trajet peut bien s'oblitérer à un moment donné, mais le pus s'accumulant de nouveau dans le cul-de-sac qui persiste, on voit survenir des accidents qui obligent à introduire de nouveau un tube dans le trajet. Telle est l'idée que, théoriquement, je m'étais faite de

ces sortes de faits, et je comparais la forme de ces abcès et du trajet fistuleux à celle d'une bouteille à long goulot. La pièce de M. Lorey vient confirmer absolument cette hypothèse, et je suis de plus en plus convaincu que ces cas sont incurables. Je connais une dame que j'ai opérée il y a 4 ans; elle est forcée de maintenir dans le trajet un tube qui pénètre toujours à 14, 15, 16 centimètres, et bien que la suppuration soit très-peu abondante, je doute que l'on puisse obtenir la guérison complète.

La persistance de cette lésion doit être rapprochée de l'observation de M. Turner, car je crois que l'état du rein a pu jouer un rôle dans la production de l'avortement et le développement de l'endocardite.

**6. Mal de Pott lombaire; par M. RAPINESQUE, interne des hôpitaux.**

A... Célestine, âgée de 42 ans, entre le 27 octobre à l'hôpital de Lourcine, pour un carcinome utérin dont le début apparent remonte au mois de janvier 1874.

La colonne vertébrale présente, au niveau de la région lombaire, une incurvation postérieure et latérale droite. En consultant les antécédents, on apprend que cette déformation s'est produite brusquement, alors que la malade était âgée de 9 ans; à la suite de cet accident, elle a dû rester couchée pendant 18 mois; c'est à l'hôpital Sainte-Eugénie qu'elle a été soignée. Il s'agit évidemment là d'un mal de Pott. — Elle raconte avoir eu sept grossesses normales: les sept enfants, tous vivants, n'ont jamais présenté d'accidents du côté du système osseux.

A l'AUTOPSIE, on constate que le rachis offre, au niveau de la portion lombaire, une courbure prononcée et à convexité postérieure. L'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale occupe son plan normal, et l'incurvation commence à la première lombaire. La saillie augmente au niveau des suivantes, pour atteindre son maximum à la quatrième. La déviation latérale, peu prononcée, mais sensible, est surtout apparente à l'union du rachis avec le sacrum. Les axes de ces deux parties forment un angle ouvert à droite. En avant, la hauteur occupée normalement par les corps des deux dernières vertèbres est réduite environ à 3 centimètres. Un cal osseux les remplace, cal qui se soude avec le sacrum. La saillie du promontoire a non-seulement disparu, mais est remplacée par un angle rentrant et profond.

Le rachis et le sacrum ayant été sciés verticalement, on constate que les deux premières vertèbres lombaires sont

intactes. Le corps de la troisième a son arête antéro-inférieure émoussée, tandis que ceux des deux dernières n'existent plus et sont remplacés, comme on en jugeait à l'extérieur, par un tissu osseux nouveau très-dense et confondu avec le sacrum.

Les trois dernières apophyses épineuses, plus ou moins soudées ensemble, peuvent cependant être distinguées les unes des autres; leur tissu est aussi fort condensé.

Le canal rachidien, déformé et sinueux, n'offre qu'une faible diminution de calibre. Du reste, pendant la vie, aucun trouble nerveux n'a été signalé. Le système osseux ne présente aucune autre lésion.

**7. Luxation de la hanche chez une femme atteinte d'ataxie locomotrice; par M. CADIAT, interne des hôpitaux.**

La pièce que j'ai l'honneur de présenter provient d'une femme ataxique morte à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. PROUST. Nous remettrons plus tard l'histoire de l'affection médullaire lorsque nous aurons fait l'examen de la moelle; en attendant, voici les faits relatifs à la luxation de la hanche.

La malade est restée un an dans le service, complètement paraplégique. Les muscles inférieurs étaient très-amaigris, et on pouvait constater une déformation de la hanche droite avec des mouvements beaucoup plus étendus qu'à l'état normal.

Les signes habituels de la luxation n'existaient qu'incomplètement; ainsi on ne trouvait, nulle part, la saillie qu'aurait dû faire la tête fémorale déplacée.

Cette femme s'était aperçue, il y a 6 ou 7 mois, qu'il s'était produit un déplacement entre les surfaces articulaires de la hanche dans un mouvement qu'elle fit, étant au lit. La déformation que l'on constatait, ainsi que l'abolition presque absolue des mouvements spontanés, datait de cette époque.

A l'AUTOPSIE, on trouva les lésions, que l'on peut encore observer sur cette pièce, et qui expliquent et cette luxation et les anomalies qu'elle présente.

Il n'y avait point de liquide dans l'articulation; on constate une résorption de la tête du fémur, qui est réduite à son col, et d'un autre côté une augmentation de la cavité cotyloïde. Les surfaces en rapport sont couvertes de productions d'un aspect cartilagineux. On pourrait croire qu'il s'est formé là des nouveaux cartilages, mais il n'en est rien; c'est du tissu fibreux très-dur, rendu lisse par les frottements.

La cavité cotyloïde est presque comblée par ces productions fibreuses, et la tête fémorale étant résorbée, la position des surfaces articulaires n'est plus fixée à des limites précises; tous les mouvements sont possibles: nous avons là l'explica-

tion des caractères anormaux de cette luxation qui, à proprement parler n'en est plus une, puisque les surfaces articulaires n'existent plus.

M. DESPRÈS. Je ne vois dans cette pièce rien autre chose qu'une arthrite sèche.

M. CHARCOT. Que ce soit une arthrite sèche, je le nie pas, mais en tout cas, c'est une arthrite sèche toute spéciale, et qui doit être rattachée à la maladie spinale. Dans l'arthrite sèche vulgaire, l'usure est moins considérable et surtout elle se fait moins rapidement. J'ai eu l'occasion de voir à la Salpêtrière le début d'une arthrite de cette nature. Les lésions trouvées à l'autopsie étaient considérables, et pourtant le début, auquel nous avons assisté, remontait seulement à trois mois.

#### **8. Infarctus ancien du rein droit; par M. LEBEC.**

Ce rein provient d'une malade, morte dans le service de M. HAYEM, d'une endo-péricardite rhumatismale, entée sur une affection cardiaque ancienne.

Outre les lésions rencontrées du côté du péricarde et du cœur, nous avons trouvé les lésions suivantes sur le rein droit. Sa forme n'est pas normale. A la partie supérieure existent des sillons profonds. La partie inférieure est comme atrophiée et séparée de l'autre par un sillon plus profond encore. La capsule s'enlève facilement, sauf au niveau des sillons. Ceux-ci sont dus à la substitution en certains points, au tissu rénal, d'un tissu fibreux, dense, qui paraît la trace d'infarctus anciens. A l'orifice de la branche artérielle principale, qui aboutit à la cicatrice (laquelle remplace deux pyramides), on trouve un caillot ancien, organisé, adhérent aux parois du vaisseau. Au-dessus, les artères sont libres, et peuvent conduire le sang aux parties auxquelles elles sont destinées.

#### **9. Examen histologique de pièces provenant d'autopsies d'enfants morts de cachexie palustre; par M. V. CORNIL, médecin des hôpitaux.**

M. le docteur OBEDENARE, médecin de l'hôpital des Enfants à Bucharest, m'a remis, pour les examiner, des fragments du foie, de la rate et des reins, provenant de quatre autopsies d'enfants âgés de cinq à six ans, morts de cachexie palustre. Ces pièces avaient été mises dans l'alcool pur, et étaient dans un bon état de conservation. Malheureusement, l'observation clinique de ces malades, nous fait défaut; nous ne connais-

sons des antécédents, des symptômes et de la marche de leur affection, que ce fait, qu'ils ont succombé à la cachexie paludéenne. Il eût été d'autant plus intéressant de bien connaître les caractères cliniques de chacun de ces faits, que les lésions des organes examinés sont différentes dans chacun d'eux. Dans l'un, il s'agit, en effet, d'une dégénérescence graisseuse complète du foie et des reins; dans l'autre, d'une accumulation considérable de globules blancs dans la rate et dans le foie, comparable à la même lésion dans la leucocythémie. Dans les deux derniers, enfin, nous avons trouvé une pigmentation très-manifeste du foie et de la rate, atteinte en même temps de splénite interstitielle. Voici la relation de ces quatre faits :

1<sup>er</sup> FAIT. — La *rate* est pigmentée, mais il n'y a pas d'épaississement de ses trabécules; il y a du pigment noir le long des vaisseaux, dans les cellules aplaties et irrégulières de leurs parois, et dans quelques globules blancs du système caveux splénique.

Le *foie* est complètement gras, c'est-à-dire que la totalité des cellules de chaque îlot est transformée en des vésicules adipeuses; chaque cellule vue sur une section de l'organe, et colorée au carmin, montre une ligne circulaire de protoplasma muni d'un noyau, pendant que tout le reste de l'élément est constitué par une ou deux gouttelettes huileuses. Il n'y a pas une quantité notable de pigment; les vaisseaux sont normaux, et le tissu conjonctif du foie n'a pas subi de modifications de nutrition.

Le *rein* présente aussi une dégénérescence graisseuse assez accentuée. Dans les tubes contournés de la substance corticale, les cellules sont granuleuses, et elles possèdent des granulations graisseuses, dont le diamètre atteint jusqu'à quatre ou cinq millièmes de millimètre. La plupart des tubes contournés sont dans cet état graisseux. La dégénérescence est moindre dans les tubes droits. Le tissu conjonctif du rein est normal. — Ces trois organes : rein, rate et foie, ne donnent aucune réaction avec la solution iodée.

2<sup>e</sup> FAIT. — *Rate*. Sa section est uniforme, de telle sorte qu'on ne distingue pas les corpuscules spléniques à simple vue. Sur des sections microscopiques, on est frappé tout d'abord de l'immense quantité de globules blancs qui infiltrent tout le tissu splénique et lui donnent cette teinte uniforme, au microscope comme à l'œil nu. Ces globules blancs ne renferment pas de pigment noir. Les travées de la rate, débarrassées des globules par le pinceau, ne sont pas épaissies. Les cloisons épaissies ne sont pas pigmentées d'une façon notable. Pas de péri-splénite.

Le *foie* offre à l'œil nu une couleur uniforme. Lorsqu'on étudie à un faible grossissement une préparation du foie, on est frappé d'abord de ce fait que les espaces prismatiques qui séparent les lobules sont plus grands qu'à l'état normal, et présentent une grande quantité de corpuscules blancs. Entre les flots et pour beaucoup d'entre eux, tout le long de leur circonférence, il existe une ligne bien nette, montrant une grande quantité de ces mêmes corpuscules. Examinée avec un grossissement de 200 à 300 diamètres, la préparation montre, dans les espaces prismatiques interlobulaires, les sections de la veine-porte, des conduits biliaires et des vaisseaux hépatiques entourés par un tissu conjonctif infiltré de globules blancs. La section des veines montre aussi une grande quantité de ces éléments. Les trainées qui séparent les lobules sont constituées par les mêmes altérations du tissu conjonctif et des vaisseaux.

Les vaisseaux capillaires des lobules sont également remplis et distendus par des globules blancs. Là, en effet, les cellules hépatiques forment des trabécules saines, finement granuleuses, séparées par les vaisseaux distendus. Les cellules hépatiques ne contiennent pas de graisse et elles sont visiblement resserrées et atrophiées. Le contour des vaisseaux est dessiné par un bord bien net, et dans leur intérieur il y a une quantité considérable de globules blancs. Ces globules ne sont pas pigmentés. Les éléments pigmentés de ce foie sont peu nombreux ; ils se réduisent à quelques corpuscules qui siègent autour des branches interlobulaires de la veine-porte. — En résumé, il y a là une quantité considérable de globules blancs dans la rate, et dans toutes les branches hépatiques de la veine-porte, avec un certain degré d'hépatite périlobulaire. Le *rein* est normal. Pas de dégénérescence amyloïde.

3<sup>e</sup> FAIT. — L'état de la *rate* se rapproche beaucoup de celui de la rate du 4<sup>e</sup> fait. L'inflammation interstitielle y est cependant un peu moins avancée ; des membranes fibreuses lamellaires et épaisses font corps avec les couches superficielles de la capsule fibreuse épaissie et s'étendent aux parties voisines. La capsule fibreuse envoie, dans l'intérieur du parenchyme, des cloisons épaisses et infiltrées de pigment noir. Les corpuscules de la rate sont bien nettement dessinés, sphériques et infiltrés de pigment. Il existe beaucoup de pigment noir tout le long des vaisseaux et les espaces spléniques contiennent beaucoup de globules blancs qui renferment des grains de pigment. Les trabécules et les cloisons sont épaissies d'une façon très-notable. Il y a là, avec une périsplénite, un splénite interstitielle avec dépôt de pigment.



Le foie présente à l'œil nu, quand on en examine une section mince, de petits flots qui séparent les lobules hépatiques. Au microscope, à un faible grossissement, on voit tout autour des branches de la veine-porte, que la section soit transversale ou longitudinale relativement à celles-ci, et, autour de gros troncs comme autour des petites branches, un tissu conjonctif infiltré d'une quantité considérable de corpuscules blancs. Cet état du foie ressemble, au premier abord, à ce qu'on observe dans la tuberculose hépatique récente ou dans certaines formes de foie syphilitique des enfants nouveau-nés. Toutefois, il est facile de s'assurer qu'il ne s'agit pas de nodules isolés, mais bien d'une altération qui existe partout et qui entoure toutes les branches de la veine-porte. D'un autre côté, il n'y a pas d'éléments qui aient subi la dégénérescence granulo-graisseuse dans les parties centrales, pas plus que dans la partie périphérique du néoplasme, et les vaisseaux sont parfaitement perméables, ce qui établit une différence avec les tubercules. De plus, dans le tissu conjonctif périvasculaire ainsi altéré, on trouve quelques grains de pigment noir.

Les cellules hépatiques sont granulo-graisseuses à un degré plus ou moins avancé. Les capillaires intralobulaires de la veine-porte contiennent des globules rouges et des globules blancs. Ces derniers sont souvent infiltrés de pigment noir. Au premier abord, on ne sait où siègent les granules pigmentées qu'on aperçoit sur la coupe des flots hépatiques ; mais en examinant avec un fort grossissement des sections minces, on peut reconnaître qu'il y a dans l'intérieur des vaisseaux capillaires des corpuscules blancs contenant du pigment noir.

Le rein est normal. Pas d'altération amyloïde des vaisseaux.

*En résumé*, nous trouvons dans ce fait une rate pigmentée atteinte de splénite interstitielle et de péri-splénite, et un foie pigmenté atteint d'hépatite interlobulaire.

4<sup>e</sup> FAIT. — *Rate*. Capsule épaisse et présentant à sa surface des fausses membranes adhérentes aux parties voisines. La couleur de la section est ardoisée et lisse, luisante (induration ardoisée).

Les sections du parenchyme de la rate examinées au microscope montrent, à un grossissement de 40 diamètres, les vaisseaux très-visibles et marqués à tout leur pourtour par la couleur noirâtre due à du pigment noir. Les corpuscules de la rate sont très-bien délimités et dessinés, petits. La capsule est épaisse, et la fausse membrane lamellaire, qui se trouve comprise dans la section, part de la couche superficielle de la capsule avec laquelle elle se continue. Les cloisons qui de la

capsule pénètrent dans le parenchyme splénique sont épaisses. Partout le tissu splénique est resserré et dur.

A un plus fort grossissement, la fausse membrane est constituée par des travées de tissu conjonctif, des vaisseaux et des vésicules adipeuses ; elle se continue directement avec les couches superficielles de la capsule, parallèles à la surface de celle-ci. La capsule épaissie montre des couches superposées de lamelles de tissu conjonctif séparées par des cellules plates.

Les vaisseaux artériels de la rate sont durs ; leurs parois sont épaisses et infiltrées, surtout à leur périphérie, de pigment noir. Les cloisons du tissu reticulé des corpuscules spléniques sont épaisses, et il en est de même des cloisons du tissu médullaire, qui sont fibreuses et présentent aussi du pigment. Le contenu des espaces limités par ces mailles offre aussi souvent des éléments ronds qui contiennent du pigment noir. Cette rate est par conséquent atteinte, à un haut degré, de splénite interstitielle avec pigmentation, et de périssplénite.

Le foie est lisse à sa surface et a une couleur grisâtre sur sa section. Les coupes microscopiques montrent, à un faible grossissement (40 diamètres), tous les vaisseaux appartenant aux branches de la veine-porte marqués en noir par du pigment. Ce pigment noir siège dans la paroi vasculaire, mais tout spécialement dans la membrane externe et dans le tissu conjonctif périphérique. Il n'est pas une branche de la veine-porte qui ait échappé à cette pigmentation, de telle sorte qu'autour de chaque lobule on voit soit les travées, soit les sections pigmentées de ces vaisseaux. La veine centrale du lobule est généralement épargnée ; cependant il y en a qui présentent aussi du pigment dans leur paroi. A l'intérieur des vaisseaux, on trouve quelques corpuscules blancs contenant du pigment. Le tissu conjonctif de la capsule de Glisson ne paraît pas épaissi. Les cellules du foie sont presque toutes granuleuses et contiennent des granulations graisseuses au nombre de 5 ou 6 par cellule et assez grosses. La périphérie des lobules montre une infiltration graisseuse plus complète. Il s'agit par conséquent, ici, d'une pigmentation des parois des branches extralobulaires de la veine-porte et d'une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques. Les coupes minces ont été traitées par la solution iodée qui n'a coloré en rouge acajou qu'un très-petit nombre des vaisseaux hépatiques.

Le rein, au contraire, nous a présenté les caractères les plus nets de la dégénérescence amyloïde. Traitées par la solution iodée, les coupes microscopiques du rein montrent une couleur acajou des glomérules et des artères qui s'y rendent, ainsi

que d'un certain nombre des artérioles de la substance des pyramides. Ces artères sont vitreuses, ainsi que les glomérules avant l'action de l'iode. L'addition d'acide sulfurique fait passer les parties colorées, par la série des couleurs verte, bleue, violette et rouge acajou. En outre de cette dégénérescence amyloïde, les tubes urinifères, dans la substance corticale, et surtout les tubes contournés montrent leurs cellules infiltrées de granulations graisseuses assez grosses, presque comme dans la dégénérescence graisseuse de l'empoisonnement phosphoré; il y a aussi quelques cylindres colloïdes dans les tubes droits et les tubes de Henle. Rien d'anormal du côté du tissu conjonctif.

En résumant les quatre faits qui précèdent, nous voyons que dans l'un d'entre eux il s'agissait tout simplement d'une dégénérescence graisseuse du foie et des reins (obs. 1). Dans un autre, il y avait une accumulation considérable de globules blancs dans la rate et dans le système hépatique de la veine-porte (obs. 2). Dans ces deux observations, nous ne trouvons pas les caractères anatomiques classiques de la fièvre intermittente.

Il n'en est pas de même des deux autres faits (obs. 3 et 4). Là, en effet, dans les deux cas, l'altération de la rate et celle du foie sont comparables. Dans l'observation 3, où la lésion est la moins avancée, nous trouvons une périsplénite, une splénite interstitielle avec dépôt de pigment noir dans le tissu conjonctif de la rate et dans les globules blancs. La veine-porte hépatique charrie aussi des globules blancs pigmentés qu'on trouve dans les capillaires de l'ilot, et les branches interlobulaires de la veine-porte sont entourées d'un tissu conjonctif enflammé.

Dans l'observation 4, la rate offre la même lésion, plus accentuée encore, en ce sens que la splénite interstitielle est plus accusée. Le sang de la rate et celui de la veine-porte hépatique contiennent des corpuscules blancs pigmentés, et là, les parois des branches de la veine-porte, et le tissu conjonctif périlobulaire qui les entoure sont infiltrés de pigment noir. Or, cette infiltration des parois vasculaires révèle un processus plus ancien, plus profondément empreint dans les tissus que le charriage pur et simple du pigment dans le sang. De plus, dans ce cas, le rein était modifié par une lésion essentiellement chronique, la dégénérescence amyloïde des vaisseaux liée à une dégénérescence graisseuse des cellules rénales.

Les observations de M. Obdenare, les deux dernières surtout, offrent donc un grand intérêt à ce double titre : 1° qu'elles se rapportent à la cachexie paludéenne dont nous trouvons là l'ensemble des lésions anatomiques ; 2° en ce qu'elles ont été

recueillies chez des enfants dont les organes étaient, pour ainsi dire, vierges de toute autre maladie, chose assez rare chez les adultes.

**10. Ostéosarcome du fémur; désarticulation de la cuisse; guérison; sarcome du poumon; mort; par M. MARTINET, interne des hôpitaux.**

Nous avons présenté, il y a 6 mois, à la Société anatomique un ostéo-sarcome du fémur provenant d'un malade auquel M. GUYON avait pratiqué la désarticulation de la cuisse (1).

Dans la plupart des cas de ce genre, la mort était toujours survenue peu de temps après l'opération, soit par le fait de celle-ci, soit par le fait de complications pulmonaires.

Malgré cette perspective peu rassurante, nous avons pu espérer un moment que notre malade échapperait à l'une et l'autre de ces alternatives; quelques semaines après l'opération, la plaie était complètement guérie, et le malade allait et venait dans l'hôpital, n'attendant plus qu'un appareil destiné à lui permettre de marcher sans béquilles.

Cet état n'a malheureusement pas duré : il y a deux mois environ le malade a commencé à maigrir; il se plaignait de douleurs thoraciques vagues; la respiration était gênée; on trouvait, à la percussion, de la matité aux deux sommets, surtout à droite; la respiration était assez rude mais ne s'accompagnait d'aucun bruit anormal. Bientôt, nous avons constaté des râles sous-crépitaux, qui ont été suivis de crachats, tout-à-fait analogues à ceux de l'apoplexie pulmonaire; les vibrations thoraciques ont paru à ce moment augmentées, surtout du côté droit. La dyspnée a été croissant, et le malade a succombé 7 mois après l'opération.

**AUTOPSIE.** Les différentes couches du *moignon*, sauf la peau et le tissu cellulaire, étaient dégénérées en une substance ostéoïde, tout-à-fait analogue à celle qui formait la masse de la tumeur fémorale.

Rien dans l'abdomen, ni à la surface interne du bassin.

Les *poumons* présentaient de nombreuses adhérences surtout en arrière et au sommet; enlevés à grande peine et par lambeaux, ils ont été trouvés remplis de noyaux sarcomateux de consistance et de volume variables. Les uns ramollis, rappelaient tout-à-fait l'aspect et la consistance de certaines parties de la tumeur : les autres durs, résistants, avaient subi la transformation crétacée. Le lobe supérieur droit était envahi

---

(1) V. *Bull. de la Soc. anat.* 1874, p. 408.

par une tumeur beaucoup plus volumineuse que les autres, qui par sa partie supérieure et interne, était en rapport avec la colonne vertébrale atteinte en un point seulement de ramollissement cancéreux.

M. CHARCOT. Il est assez intéressant que le poumon soit le seul organe qui présente cette lésion. Ce fait vient à l'appui de la doctrine qui veut que dans le sarcome, les métastases ou les dépôts consécutifs se fassent par embolie.

**41. Endocardite ulcéreuse; par M. PICARD, interne des hôpitaux.**

Une femme de 24 ans, n'ayant jamais eu antérieurement de rhumatismes, entre le 19 août à l'hôpital Necker (service de M. DELPECH).

Un mois après un accouchement, elle a été prise de douleurs dans les genoux, qui sont très-gonflés au moment de l'entrée. La malade guérit assez rapidement, mais bientôt, à la suite d'une imprudence, elle est prise de nouveau de douleurs légères, mais avec fièvre intense, et en même temps on constate l'apparition d'un souffle à la base du cœur; le souffle devient rapidement très-accusé et surtout au second temps; la malade meurt subitement le 23 octobre.

L'AUTOPSIE montre une perforation des trois valvules sigmoïdes, et des végétations très volumineuses faisant saillie du côté du ventricule.

**42. Abscès du cerveau, consécutif à une carie du rocher; par M. PICARD, interne des hôpitaux.**

X., âgée de 20 ans, artiste dramatique, entre le 25 novembre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, n° 3 (Service de M. DELPECH).

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu de maladie grave, et ne présente pas d'antécédents de syphilis ou de scrofule, et pas de signes d'hystérie.

Les accidents du côté de l'oreille droite ont débuté il y a une dizaine d'années, sans cause appréciable. L'oreille coulait continuellement, surtout depuis trois ans; il y avait aussi des douleurs, mais ces accidents n'étaient pas assez prononcés pour que la malade suivit aucun traitement. La surdité était complète depuis longtemps.

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, elle fut prise subitement de douleurs dans tout le côté droit de la tête, avec perte de l'appétit, sans fièvre, sans vomissements ni convul-

sions. On lui fit appliquer un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde. — Le 24 novembre, elle tombe dans un coma absolu.

Le 23 novembre, la malade maigre, pâle, est sans connaissance, dans une immobilité à peu près complète; les yeux sont fermés; en soulevant les paupières on remarque un strabisme divergent, horizontal et vertical (contracture du droit externe de chaque côté, du droit supérieur à droite). La pupille droite est dilatée, la gauche normale; elles ne se contractent pas à la lumière; par moments, un peu de nystagmus (mouvements de gauche à droite). La sensibilité de la peau et des muqueuses paraît augmentée; en pinçant légèrement la peau, on produit sur le visage une expression de douleur vive, et les bras, surtout le droit, se dirigent vers le point pincé. Les jambes se contractent aussi sous l'influence de la moindre excitation, s'agitent pendant quelque temps, puis retombent. Les mouvements de la main droite sont plus étendus et plus accusés qu'à gauche; dans ce bras existent aussi des contractions fibrillaires, et par moments, des mouvements convulsifs de tout le bras; il n'y a pas de contracture, et les membres prennent sans résistance toutes les positions qu'on leur donne. L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne présente rien de particulier. Les battements du cœur sont lents et d'une irrégularité remarquable. La bouche est fermée; on peut l'ouvrir assez facilement et voir que la langue est sèche. P. 62. T. A. 37°.

L'oreille droite est remplie d'un pus fétide, épais; le tympan est détruit, on arrive directement avec un stylet sur la paroi interne de la caisse; l'apophyse mastoïde est couverte d'un vésicatoire qui a suppuré; il n'y a pas d'empâttement, ni d'épaississement de la peau à ce niveau. — *Traitement*: Calomel, 10 centig. en 10 paquets; deux vésicatoires aux cuisses.

26 novembre. P. 130. T. V. 38°,4. Même état: le pouls est plus fréquent, plus faible et plus régulier; pas de vomissements; deux selles diarrhéiques pendant la nuit; la malade comprend un instant qu'on lui dit de tirer la langue, et elle la tire, mais elle oublie de la rentrer et la garde dix minutes entre ses dents. — Dans la journée, un peu de délire; phrases articulées à voix basse et sans signification. Coma plus prononcé vers le soir. P. 128. T. V. 39°,4.

27 novembre. P. 144. T. 39°,4. Même état; cependant la malade peut dire quelques mots à voix très-basse. On lui demande où elle souffre, elle dit: au milieu de la tête. Elle peut nommer quelques objets qu'on lui présente. Dans l'après-midi, délire tranquille. Même état de la sensibilité et du mouvement. Pouls très-petit, tantôt rapide, tantôt lent. — On songe un moment à pratiquer la trépanation de l'apophyse

mastoïde. L'absence à ce niveau de toute lésion, d'empatement et d'œdème, fait rejeter l'idée d'une opération. *Soir*, P. 152. T. 38<sup>e</sup>, 4.

28 novembre. P. 144. T. 39<sup>e</sup>. *Soir*, P. 160. T. 41<sup>e</sup>. R. 44. Le coma est plus profond, surtout vers le soir; la sensibilité cutanée a disparu; la température s'élève, le pouls devient très-petit, la respiration fréquente, la malade reste absolument immobile, ne peut plus rien avaler; elle meurt à dix heures du soir.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. Le cerveau seul a pu être examiné. Les méninges sont hyperémiées. Les circonvolutions, à droite surtout, sont étalées et aplaties. En détachant la face inférieure du cerveau après avoir coupé la tente du cervelet à droite, il s'écoule une cuillerée de pus séreux, grumeleux et fétide, situé entre la face postérieure du rocher et le lobe cérébelleux droit. A ce niveau, sur la face inférieure du cervelet, les méninges sont infiltrées, opalescentes; cette opalescence existe aussi sur le côté droit de la protubérance et du bulbe. La dure-mère, qui recouvre immédiatement le rocher, est noirâtre, comme pigmentée. Le lobe cérébral est aussi noirâtre et un peu déprimé. Une incision, pratiquée sur le point déprimé du cerveau, fait arriver sur une large collection purulente, du volume d'un œuf, remplie d'un pus verdâtre, crémeux et fétide. Une sorte de membrane peu résistante sépare le pus de la substance cérébrale, ramollie tout autour. Cette membrane n'est pas organisée et paraît être du pus tassé et consistant. L'abcès est séparé du rocher par une portion de tissu sain, ayant presque un demi-centimètre d'épaisseur. Les ventricules ne contiennent pas de pus. Les autres parties du cerveau ne paraissent pas malades, le lobe gauche est hyperémié.

*Rocher.* Le conduit auditif externe est plein de pus; le tympan a complètement disparu. La face antérieure du rocher est recouverte par la dure-mère friable, noirâtre sur la partie externe de cette face (au niveau de la saillie formée par le canal demi-circulaire supérieur). Un peu de pus existe entre le rocher et la dure-mère, mais il n'y a pas de perforation de la membrane. C'est au niveau de cette partie que s'est développé l'abcès du cerveau, séparé de l'os carié, comme on l'a dit plus haut, par la dure-mère non perforée et un demi-centimètre de tissu cérébral sain. Le conduit auditif interne est plein de pus. C'est par ce conduit qu'a fusé le pus trouvé derrière la fente du cervelet.

En fendant le rocher dans différentes directions, on peut s'assurer que l'oreille interne et moyenne sont presque complètement réduites en putrilage (sauf le limaçon). L'os est ca-

rié jusqu'à sa surface (point ramolli de la dure-mère). Dans la substance spongieuse du rocher existent des points jaunâtres et purulents.

**13. Rétrécissement et insuffisance de l'orifice aortique et de l'orifice mitral. Mort par œdème aigu du poumon avec catarrhe suffocant et expectoration albumineuse; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.**

X..., 38 ans, homme de peine, entre le 26 octobre dans le service de M. LÉCORCHÉ, hôpital Saint-Antoine.

Ce malade dit n'avoir jamais été arrêté par la maladie, n'avoir jamais eu aucune douleur dans les membres, dans les articulations. Depuis 2 mois 1/2 environ, tout travail un peu pénible lui cause une fatigue considérable; depuis ce temps également, il ressent une douleur constante au niveau du sternum; la respiration est devenue peu à peu laborieuse, il a l'haleine courte. Il ne ressent ni bourdonnements d'oreilles, ni vertiges, ni battements de cœur; il n'a jamais d'épistaxis et ne remarque aucun trouble dans la manière dont il voit les objets. Le visage est pâle, anémique, et les muqueuses palpébrale et buccale décolorées.

L'auscultation des poumons ne révèle que les signes ordinaires d'une bronchite très-peu intense et nullement en rapport avec la dyspnée qu'éprouve le malade. L'auscultation du cœur donne des résultats bien différents: au niveau du troisième espace intercostal gauche, on perçoit un souffle systolique très-rude et très-fort, et un claquement dur et sonore du deuxième bruit, suivi parfois d'un souffle très-doux et très-court. Le souffle du premier bruit s'entend avec ses caractères de force et de rudesse (bruit de scie, de rape) dans les carotides, dans les sous-clavières et même les axillaires, *tout le long de l'arc thoracique*, et même dans les artères crurales. A la pointe du cœur, on entend les deux bruits qui ont chacun le caractère d'un souffle léger: quoique le souffle du premier bruit s'entende sur toute la région précordiale, son timbre doux est tellement différent du souffle systolique de la base qu'il est impossible de le regarder comme étant dû à une propagation de ce dernier.

La percussion donne une matité très-étendue qui même déborde le sternum de 2 centimètres à droite; la pointe bat dans le sixième espace intercostal. La palpation de la région précordiale ne révèle aucun choc particulier, aucun frottement; au contraire, dans toute la région sous-claviculaire droite, on perçoit un frémissement très-marqué, *un véritable thrill*. Le foie est volumineux (17 centimètres suivant la ligne mame-



lonnaire). Le pouls, est régulier, égal des deux côtés ; il n'y a pas d'œdème, pas d'ascite, pas d'albumine dans l'urine, aucun symptôme de compression intra-thoracique : ni respiration rude, ni dysphagie, ni modification de la voix, ni inégalité pupillaire.

En présence de ces signes, le diagnostic porté fut le suivant : Rétrécissement aortique avec insuffisance légère ; rétrécissement et insuffisance mitrale ; dilatation de la crosse aortique ; athérome probable de l'aorte thoracique.

L'état du malade demeura le même jusqu'au 12 novembre. Les seules modifications étaient une sécheresse plus ou moins marquée du deuxième bruit de la base, et une netteté plus ou moins grande du souffle qui le suivait.

Le 12 novembre, l'auscultation fit entendre à la base du cœur un véritable dédoublement du second bruit ; le rythme des pulsations était irrégulier : tantôt deux, tantôt trois pulsations étaient suivies d'une intermittence. Pas de modifications dans l'état des poumons ni dans l'état général. L'urine ne contient pas d'albumine.

Même état le 13 novembre matin. A six heures du soir, sans cause appréciable, le malade est pris tout à coup de dyspnée : il ressent une oppression douloureuse ; bientôt survient une toux fréquente, accompagnée d'une expectoration abondante.

Le 13 novembre, nous trouvons X..., asphyxiant ; même à distance, on entend de gros râles humides qui siègent dans la trachée et les principales bronches. Il répond toutefois encore à nos questions et nous raconte que, depuis la veille au soir, il n'a pas cessé de cracher. En effet, deux crachoirs ont été remplis d'un liquide qui se sépare en deux couches : une première formée par de la mousse blanche, au-dessous de laquelle en est une autre formée d'un liquide assez clair et épais. Cette dernière se divise, par le repos et plus encore par la filtration, en deux parties : l'une filtre, l'autre ne traverse pas le linge sur lequel on la verse ; la première contient une grande quantité d'albumine, la seconde contient surtout du mucus. Le malade a rendu ainsi en 14 heures environ 250 centimètres cubes du liquide que nous venons de décrire. A l'auscultation, on entend dans toute l'étendue des deux poumons, tant en avant qu'en arrière, des râles humides excessivement abondants, aucun râle sibilant ; c'est au niveau de la région sous-claviculaire droite que les râles muqueux atteignent leur maximum d'intensité ; c'est là que leurs bulles sont le plus fortes. Le malade meurt à 3 heures de l'après-midi, après avoir rendu, en 7 heures, environ cent grammes d'un liquide en tout semblable à celui de la veille.

A L'AUTOPSIE, on trouve les deux poumons congestionnés

dans toute leur hauteur; épanchement peu abondant dans chaque pèvre.

Le cœur est sensiblement augmenté de volume : l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche. L'orifice aortique est très-rétréci : les deux valvules de droite absolument ossifiées, considérablement augmentées de volume, irrégulières, ne s'accolent pas à la troisième qui est peu altérée : d'où insuffisance. L'orifice mitral insuffisant et rétréci n'admet qu'un seul doigt : les 2 valvules sont notablement épaissies et rugueuses. Il n'y a *aucune* dilatation de la crosse de l'aorte et *aucune* lésion athéromateuse ni de la crosse, ni de l'aorte thoracique, ni du reste du système artériel. Le foie est volumineux, dur et ferme; les reins sont normaux.

Le *thrill* que l'on percevait au-dessous de la clavicule droite était donc dû aux vibrations que les valvules ossifiées imprimaient au courant sanguin, et le souffle si rude qui s'entendait tout le long de la colonne vertébrale n'était qu'une propagation du souffle systolique de la base.

**14. Hépatite suppurée; phlébite, par voisinage, des veines sus-hépatiques; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.**

L., 58 ans, marchande de quatre saisons, entre le 16 octobre 1874, dans le service de M. LÉCORCHÉ (hôpital Saint-Antoine). Malade seulement depuis trois semaines, elle aurait été soignée pour une fluxion de poitrine; elle a ressenti, à cette époque, un point douloureux au côté droit, au-dessous et en dehors du mamelon; aucun frisson à ce moment. Des vésicatoires ont été appliqués.

A son entrée, on constate, par la percussion, une augmentation notable du volume du foie, qui déborde les fausses côtes; la pression, à ce niveau, ainsi qu'à l'épigastre, est douloureuse; la langue est blanche, large et sale. La douleur épigastrique et la tension qui existent à ce niveau font rechercher avec soin si l'estomac ne serait pas en cause; mais jamais la malade n'a eu de vomissements, même bilieux; les digestions sont bonnes; toutefois, elle a maigri notablement depuis quelque temps.

La teinte des conjonctives est légèrement subictérique; il n'y a jamais eu, antérieurement, d'ictère généralisé. L'auscultation ne révèle ni épanchement, ni inflammation des poumons, même de la base du poumon droit.

Les symptômes restèrent les mêmes durant une quinzaine de jours. Une augmentation notable de la température et du pouls revenant chaque soir, et l'apparition de frissons irréguliers firent diagnostiquer l'existence d'une suppuration pro-

fonde; et comme la pression ou le mouvement n'éveillait de douleur en aucun point du corps, sauf au niveau du côté droit; comme le foie était augmenté de volume, douloureux; comme il existait une teinte légèrement subictérique de la conjonctive; comme l'auscultation ne donnait que des signes négatifs, c'est dans le foie qu'on localisa cette suppuration. Après avoir, pendant une huitaine de jours, songé à la possibilité d'une pneumonie centrale (la malade ne rendait cependant aucun crachat), le diagnostic d'hépatite suppurée fut porté, *bien que la malade n'eut jamais quitté la France*. La rate avait son volume normal.

Le 26 et le 29 octobre, la malade eut des frissons violents qui revinrent le 3, le 4, le 6 et le 9 novembre. Cependant, aucun signe nouveau ne se révélait à un examen minutieux; on ne constatait *aucune trace d'hémorroïde, soit interne, soit externe, aucune altération appréciable des viscères abdominaux*.

Le 13 novembre, la malade eut une dyspnée très-forte, et l'auscultation ne fournit pas d'autres signes que ceux d'une congestion généralisée du poumon droit. La dyspnée se calma, les frissons continuèrent et la malade succomba le 18 novembre.

**AUTOPSIE.** Poumons congestionnés, surtout le droit. A la base de ce côté, pleurésie purulente limitée. La plèvre diaphragmatique est à ce niveau considérablement épaissie, et tapissée de fausses membranes, restées adhérentes sur une hauteur de cinq centimètres environ.

*Tous les viscères abdominaux*, sauf le foie, sont sains. Le foie est volumineux; le lobe droit, surtout, est augmenté de volume. On constate, dans l'épaisseur du parenchyme, l'existence de deux abcès, l'un de la grosseur d'une petite noix, au niveau du bord tranchant du foie, près de la vésicule biliaire; l'autre du volume d'une pomme, au voisinage du bord postérieur, près de la veine-cave inférieure. La paroi de ces deux abcès est inégale, anfractueuse, leur cavité traversée par des brides, et subdivisée en loges secondaires; ils sont séparés du parenchyme sain par un épaississement, une condensation considérable du tissu hépatique qui leur forme une sorte de poche et les enkyste. Le second abcès est au voisinage du diaphragme qui n'a pas contracté d'adhérence avec le foie, à ce niveau; toutefois l'inflammation a pu se transmettre à la plèvre dont nous décrivions tout à l'heure les altérations. Le péritoine s'est comporté différemment au niveau du premier abcès, car la paroi inférieure de celui-ci était formée exclusivement par des adhérences péritonéales qui reliaient au foyer l'arc transverse du colon.

Au voisinage et à droite du plus grand foyer, à quelques

millimètres seulement, une coupe tombant sur un des troncs des veines sus-hépatiques, montre la paroi de ce dernier inégale, rugueuse, tapissée d'une couche blanchâtre plus ou moins épaisse, qui se continue avec un caillot consistant, blanchâtre, décoloré; celui-ci, dont la petite extrémité est libre et flottante sur une longueur de plus de deux centimètres, obscurcit toute la lumière du vaisseau, sur une longueur de quatre centimètres environ; il est suppuré dans cette étendue, et se prolonge dans des vaisseaux de second ordre; la paroi de ces vaisseaux est considérablement épaissie.

Dans la vésicule biliaire, se trouve un petit calcul muriforme. Aucune trace de calcul n'a pu être rencontrée dans toute l'étendue des conduits biliaires. Aucune embolie dans le poumon, non plus que dans le cerveau qui est absolument sain.

**15. Carie vertébrale; abcès froid; tuberculose pulmonaire; tubercule de la protubérance;** par M. KELSCH, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Billamboz, âgé de 25 ans, au service depuis 1869, garde républicain, entre à l'hôpital au mois d'octobre 1872. — Toujours bien portant jusqu'au mois de *juillet* 1872, il commença à ressentir, à cette époque, une douleur dans l'aîne droite, douleur sans rougeur ni tumeur. Dans le courant du mois d'août, la marche devint de plus en plus difficile, et, peu à peu, il se développa au-dessous de la partie interne du pli de l'aîne, une grosseur qui, actuellement, présente le volume de deux poings, fait une forte saillie dans la région des adducteurs, et se prolonge en arrière entre ces muscles et la région ischiatique. Le membre est fléchi sur le tronc et un peu dans la rotation en dehors; dans la marche, qui est difficile, il ne repose que sur la pointe du pied.

Du mois d'octobre 1872, au mois de février 1873, il ne se produit pas de changement notable dans la situation du malade. De temps à autre il y a des douleurs en ceinture; l'état général se maintient assez bien, mais la tumeur augmente sensiblement de volume, et le 19 *février* on se décide à la ponctionner et à la vider au moyen de l'appareil de M. Potain. Il sort de 1 et demi à 2 litres d'un pus grisâtre, bien lié, d'apparence phlegmoneuse et sans mauvaise odeur.

On ferme soigneusement la petite piqûre et on applique un pansement légèrement compressif; malgré cette précaution, l'abcès extérieur se reforme peu à peu, et le 1<sup>er</sup> *mars*, une nouvelle ponction pratiquée au même point que la première, donne issue à environ un litre de pus; une dernière fois, le 13 *mars*,

on retire de la poche extérieure, avec l'appareil aspirateur, environ un demi litre de pus. Cela n'empêche pas le foyer purulent de s'agrandir et de remonter en arrière jusqu'à la dernière fausse côte en suivant la gaine du psoas et les arcades de ce muscle. Les ouvertures faites par le trocart se transforment en fistules, qui laissent écouler chaque jour une quantité considérable de pus crémeux bien lié. Le malade s'épuise, il s'affaiblit, et maigrit. Vers la *fin de mars*, la percussion et l'auscultation révèlent, pour la première fois, les signes non douteux d'une tuberculose en voie d'évolution, récente.

Dans les premiers jours du mois de *mai*, de nouveaux symptômes, d'une signification éminemment grave, éveillent l'attention : on s'aperçoit que pendant le sommeil du malade, l'œil droit reste ouvert et la paupière inférieure abaissée; cet œil devient en même temps larmoyant, et la conjonctive s'injecte; toutefois, la vision ne paraît pas notablement gênée; à peu près à la même époque, aux environs du 20 *mai*, le malade se plaint, pour la première fois, d'affaiblissement, d'engourdissement et de sensation de froid dans la jambe et la cuisse; il y a diminution manifeste dans la sensibilité et l'énergie des mouvements de ce côté; la température de la peau ne semble pas modifiée.

Vers la *fin du mois de mai*, la paralysie s'est accentuée davantage : elle affecte la forme hémiplegique alterne. Pour la face, on observe, du côté droit : Prolapsus de la paupière inférieure, rougeur de la conjonctive avec kératite commençante, relâchement des muscles de la face de ce côté; la bouche et la langue sont déviées vers la gauche. — Pour le tronc, au contraire, c'est le côté gauche qui est affecté : le bras et le membre inférieur sont paralysés dans le mouvement et la sensibilité; la paralysie, toutefois, n'est pas complète; les mouvements sont possibles encore, mais dépourvus de toute énergie, et, quant à la sensibilité, elle est tellement émoussée que le malade perçoit à peine la piqure d'une épingle. On diagnostique une tumeur tuberculeuse dans la moitié droite de la protubérance.

Vers la fin du mois de *juin*, la paralysie n'a pas fait de progrès sensibles. A cette époque, surviennent quelques vomissements qui cèdent au bout de 24 heures à l'usage de la glace.

Les trois fistules, qui se sont établies à la suite des ponctions inguinales, laissent écouler chaque jour une assez grande quantité de pus. La déperissement fait des progrès rapides; au commencement de *juillet*, le malade est dans le marasme. La cornée est ulcérée à sa partie inférieure et externe; vers le milieu du mois de juillet, la suppuration a envahi l'œil droit tout entier.

Le 24 juillet, les vomissements recommencent : ils ont lieu surtout la nuit et le matin. Il y a aussi des épistaxis. Le 26 juillet, aux vomissements presque continus, se joint la diarrhée. L'œil droit suppure toujours, et les fistules donnent du pus en abondance. Marasme profond. La paralysie est toujours incomplète, mais les mouvements deviennent de plus en plus faibles.

8 août. Les vomissements ne discontinuent pas. Les épistaxis se répètent plusieurs fois par jour. Depuis quelque temps, tendance au sommeil.

11 août. Les vomissements se sont amendés, mais repaissent encore de temps à autre. Les épistaxis sont également moins fréquentes ; mais en revanche la paralysie du côté gauche est presque complète. La cornée est flétrie et l'œil suppure toujours ; le nez est enflammé. Depuis quelques jours le malade se plaint d'être incommodé par la toux. La diarrhée est pour ainsi dire continue. Le malade végète encore quelques jours et expire le 15 août au dernier degré du marasme.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — *Cerveau*. L'incision de la dure-mère donne lieu à l'écoulement d'une quantité plus qu'ordinaire de sérosité louche. La dure-mère est opalescente, épaissie sur beaucoup de points. Dans la moitié droite de la protubérance, se trouve enchassée une tumeur arrondie, du volume d'une châtaigne, mamelonnée à la surface, facilement énucléable de la substance nerveuse qui l'entoure de toutes parts ; elle fait une saillie notable sur la face inférieure de la protubérance, et empiète très-légèrement sur la moitié gauche de cette dernière.

L'examen histologique de la tumeur en révèle la nature tuberculeuse. Sur des coupes larges et fines, on voit des amas de jeunes cellules groupés autour de plusieurs centres de développement, et entre ces amas, des zones dépourvues de toute apparence de structure, entièrement composées de matière granulo-graisseuse.

Les ventricules renferment passablement de liquide séreux, et la substance cérébrale est manifestement ramollie.

*Colonne vertébrale*. Sur les faces latérales droites des corps des 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> vertèbres dorsales, existe une poche allongée, fluctuante, de la forme et du volume d'un œuf d'oie, faisant saillie dans la cage thoracique et laissant écouler après l'incision un pus épais, presque caséeux. Dans l'intérieur de cette poche, on sent les vertèbres dénudées et rugueuses. Le psoas droit, à peu près détruit en totalité, n'est plus représenté que par sa gaine convertie en une poche fibreuse épaisse, incrustée, çà et là, de productions cartilagineuses et osseuses. Les 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> vertèbres dorsales et toutes les vertèbres lombaires ont

leurs apophyses transverses droites dénudées et rugueuses. Le corps des deux dernières lombaires avec le disque intervertébral est en partie détruit. Au niveau du carré des lombes, existe une collection purulente qui s'étend jusqu'à la dernière côte, baignée partout par le pus et détruite en partie. A gauche, la gaine du psoas est également remplie de pus ; mais celui-ci n'a pas encore franchi le ligament de Fallope.

*Poumons* farcis tous les deux de granulations grises transparentes, et de noyaux de pneumonie lobulaire : lésions récentes, et, selon toute apparence, postérieures au début de la lésion vertébrale.

*Cœur.* Rien de particulier. — *Foie* hypertrophié et gras. — *Rate et reins* farcis de tubercules jaunes du volume d'un pois.

**16. Maladie de Bright ; anasarque considérable ; urines très-albumineuses ; hypertrophie du cœur ; péricardite. — à l'autopsie, rein contracté granuleux ; ramollissement cérébral ;** par M. HOMOLLE, interne des hôpitaux.

Le 29 juillet 1874, entré à la Charité, salle Saint-Louis, n° 19 (service de M. BOURDON), un homme de 59 ans, atteint d'anasarque considérable avec albuminurie. Cette maladie de Bright chronique, dont le début remontait à 4 ans (sept. 1870), avait procédé par poussées successives qui avaient, à trois reprises, forcé le malade de séjourner plusieurs fois à Lariboisière. Trois fois l'œdème avait été le phénomène le plus accusé, trois fois il avait disparu sous l'influence de la diète lactée, et le malade avait quitté l'hôpital complètement guéri.

Pendant six mois, cependant, cet homme avait pu faire de longues courses sans être trop essoufflé. Puis l'anhélation fit peu à peu des progrès, en même temps qu'augmentait l'œdème, d'abord presque inaperçu, des membres inférieurs.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la dyspnée est telle que le décubitus dorsal ne peut être supporté la nuit ; le malade se plaint d'une céphalalgie persistante ; les jambes sont extrêmement enflées et la face présente un léger degré de bouffissure.

Le cœur, un peu augmenté de volume, bat d'une façon régulière ; mais, à plusieurs reprises, et d'une façon tout à fait passagère, on peut constater l'existence d'un souffle systolique presque musical, à la pointe. L'urine est peu abondante, sans être cependant très-diminuée (800 à 1,000 gr. dans les 24 heures) ; elle renferme une quantité modérée d'albumine ; les cylindres y sont très-rares.

Dans les premiers jours de *septembre*, l'oppression augmente beaucoup sans qu'il se soit produit de lésion cardio-pulmo-

naire qui puisse expliquer cette aggravation. L'urine est plus rare (600 et même 400, 300 gr. dans les 24 heures). L'œdème fait des progrès considérables ; au mois d'*octobre*, il est énorme, rend tout mouvement impossible, empêche la miction ; la peau devient le siège d'un érythème lisse, sur plusieurs points du corps.

Vers la même époque, il se produit, mais pour durer peu de jours, un épanchement pleural du côté droit ; plus tard, on ne trouve plus que des signes de congestion œdémateuse modérée des deux bases. L'urine, toujours rare, est assez fortement albumineuse ; les cylindres y sont presque complètement défaut ; ceux qu'on observe sont des cylindres hyalins sans altération grasseuse ou cireuse.

Le 21 *octobre*, le malade accuse une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine et une gêne respiratoire plus vive (la respiration était devenue beaucoup plus libre depuis une quinzaine). L'examen du cœur fait percevoir un frottement péricardique type.

Le 24, la douleur précordiale est vive et s'accompagne d'un certain degré d'anxiété. Le frottement persiste. On peut le constater jusqu'au 10 ou 12 novembre.

Le 18 *novembre*, au milieu d'une amélioration incontestable, se produit un délire tout à fait calme, qui se caractérise par une simple divagation pendant que le malade est éveillé, le sommeil restant bon.

Le 19 *novembre*, le délire a presque complètement disparu, pour ne pas se reproduire ; la céphalalgie passagère a disparu. Cependant le malade s'affaiblit beaucoup ; une ulcération torpide se creuse au milieu des téguments, distendus par l'œdème, à la face interne de la cuisse gauche. Il n'y a cependant pas de lésions viscérales, sauf un léger degré de bronchite et d'œdème pulmonaire, caractérisés par un mélange de râles sibilants et muqueux aux deux bases. L'urine, pâle, assez abondante (on ne peut plus en obtenir la totalité) est peu albumineuse.

Le 24 *novembre*, l'état du malade a empiré, l'œdème a augmenté, la peau est chaude, la dyspnée est plus intense ; la sonorité est un peu diminuée à la partie inférieure du côté droit de la poitrine, la respiration est faiblement soufflante. Il ne se manifeste aucun signe nouveau de lésion cardiaque ou péricardique.

Le 27 *novembre*, la mort met fin à un état de prostration croissante, sans coma véritable et même sans hébétude bien notable. Aucun accident manifestement urémique ne s'est produit depuis le jour où le malade a été pris de délire fugace ; on n'a pas observé non plus de phénomènes paralytiques.



**AUTOPSIE. — Encéphale.** Les artères de la base sont presque absolument saines; les cérébrales moyennes ont cependant leur paroi un peu épaissie.

Un foyer de ramollissement blanc existe à l'union des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> circonvolutions de la face inférieure du lobe sphénoïdal du côté droit; il est allongé transversalement et mesure environ trois centimètres sur deux. A ce niveau, la substance cérébrale adhère en un point très-circonscrit à la dure-mère. Le tissu cérébral est un peu affaissé, ramolli, sans diffuence, il se résout en un détritüs pultacé sous un filet d'eau. Au microscope, on constate l'existence de nombreux corps granuleux au milieu d'un détritüs granulo-grasieux; d'autres se voient dans la gaine des petits vaisseaux. On ne trouve pas de caillot dans l'artère qui se rend à cette portion du cerveau (toutefois, le vaisseau n'a peut-être pas été poursuivi assez loin).

Le *cœur* est hypertrophié, sans lésion valvulaire. Tout le *péricarde* est recouvert de fausses-membranes encore un peu molles, rugueuses, sans épanchement. Les *poumons* sont peu altérés, oedémateux; la plèvre droite est le siège d'un épanchement d'abondance moyenne.

Les *reins* sont petits, fermes, granuleux à la surface. La capsule n'adhère pas à la substance corticale. Ils ont une coloration rouge vineuse, pâle, mêlée de points blanchâtres en grand nombre. Ce sont autant de petites saillies miliaries moins denses que le reste du tissu; en un mot ce sont des granulations de Bright. Sur les coupes, la substance corticale, peu épaissie, présente un certain nombre de ces points blancs. Le tissu, un peu ferme, n'a pas une consistance tout à fait scléreuse. Un premier examen microscopique montre la co-existence de lésions des tubuli qui présentent des dilatations irrégulières, et un épaississement notable de la capsule des glomérules. C'est donc une forme mixte de néphrite chronique, ce qui concorde d'ailleurs entièrement avec l'évolution des accidents constatés pendant la vie.

Ce fait m'a paru intéressant à présenter, au moment où la question des néphrites chroniques est remise à l'étude en France. Pendant la vie, on avait constaté l'ensemble des phénomènes habituels dans les cas de gros rein blanc, et pourtant l'autopsie a fait reconnaître l'existence du rein contracté, ou plutôt d'une forme spéciale du rein contracté. C'est un exemple de cette phase avancée de l'évolution de la néphrite parenchymateuse où le gros rein blanc se rétracte et devient granuleux.

**M. CHARCOT.** Il est certain que le gros rein blanc peut arriver à l'atrophie, mais les cas de ce genre sont rares; ils ont été étudiés par Johnston dans son second mémoire.

**17. Tumeur carcinomateuse de l'orbite ; par M. E. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.**

P. J..., âgé de 9 ans, entre le 2 décembre à la Maison Municipale de Santé, dans le service de M. DEMARQUAY. — Robuste et toujours bien portant du reste, ce petit garçon porte à l'orbite une tumeur qui a débuté il y a 14 mois.

La mère remarqua à ce moment un gonflement de la région orbitaire, sans apparence d'inflammation. En soulevant la paupière supérieure, le médecin appelé constata une tumeur rouge vasculaire, grosse comme un pois, située au-dessus et un peu en dehors du globe oculaire.

Cette tumeur s'accrut rapidement malgré les cautérisations ; actuellement, elle constitue une difformité horrible. Elle fait saillie hors de l'orbite, du côté droit, sous forme d'une masse rouge, conique, recourbée en bas et ayant de 5 à 6 centimètres de long. La paupière supérieure est refoulée en haut, et on ne parvient pas à découvrir l'œil en soulevant la tumeur. La pression est très-douloureuse. La tumeur est molle, et par places comme fluctuante ; elle est bosselée et saigne assez facilement ; on diagnostique un cancer de l'œil.

L'opération est pratiquée le 3 décembre. Après avoir fait une incision entre la tumeur et la paupière supérieure, et relevé celle-ci, on constate que l'œil est sain et que la vision est conservée. On enlève la tumeur complètement. L'enfant est emmené après l'opération.

L'examen de la tumeur n'y fait constater aucune trace de tissu glandulaire. C'est un carcinome alvéolaire subissant la dégénérescence muqueuse, et développé, suivant toute probabilité, dans le tissu conjonctif sous-conjonctival.

**18. Des embolies artérielles causées par des caillots fibrineux développés dans les cavités gauches du cœur ; par le docteur TURNER, membre adjoint (1).**

Il ne s'agit pas aujourd'hui de démontrer l'existence de l'embolie et surtout de l'embolie artérielle. Il n'y a plus qu'à enregistrer les faits qui se présentent à l'observation, et à voir s'ils confirment ou peuvent modifier les connaissances déjà acquises. Les deux présentations que je viens de faire, à huit jours de distance, à la Société, ont trait à des obstructions artérielles qui ont amené des désordres seulement du côté des membres.

---

(1) Extrait d'un mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

Les artères cérébrales et viscérales sont restées en dehors de la scène pathologique.

Dans mes deux observations, les sources de l'embolie se trouvent, comme c'est le cas le plus fréquent, dans le cœur gauche.

La première offre une endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'aorte et de la mitrale. Cette dernière présente en outre des aspérités athéromateuses, où sont venus s'accrocher des caillots fibrineux de nouvelle formation, faciles à distinguer des caillots anciens. Dans la deuxième observation, les végétations de la valvule mitrale, la seule qui soit malade, sont insignifiantes, et les caillots fibrineux anciens sont emmagasinés dans l'auricule de l'oreillette gauche.

Mais je veux insister tout d'abord sur les *causes prédisposantes*; l'homme de la première observation était convalescent d'une pneumonie, et la femme de la deuxième observation avait fait une fausse couche dix jours auparavant; outre le ralentissement de la circulation produit par le rétrécissement des orifices du cœur, ne devaient-ils pas présenter, l'un et l'autre, cette modification particulière de la fibrine qui la rend plus facilement coagulable, et que J. Vogel a nommée *inopezie*.

Le mode de production de l'embolie dans les faits que j'étudie est donc très-simple, et les caillots venus du cœur gauche ont dû suivre le trajet le plus direct.

Comme on a pu le voir, mes deux malades ont présenté chacun deux crises emboliques parfaitement distinctes, et chaque crise a été annoncée par le même symptôme initial, tout à fait caractéristique: une douleur subite avec engourdissement et refroidissement du membre où se distribue le vaisseau obstrué. Cette espèce de douleur névralgique, cette hyperesthésie violente dans les cas de gangrène est tout à fait comparable aux douleurs des brûlures et des froidures, et doit être attribuée, comme le pense Emmert, au trouble de nutrition des filets nerveux eux-mêmes.

L'hyperesthésie, comme le refroidissement et l'engourdissement, persiste ou cesse suivant que la circulation est interrompue complètement ou se rétablit par les collatérales, et sur ce point nos deux observations justifient pleinement la division classique des embolies artérielles des membres.

Il est inutile d'insister sur les foyers inflammatoires qui se produisent aux limites des parties gangrénées: c'est à ce travail pathologique qu'il faut attribuer les lésions secondaires si intéressantes observées dans les deux artères fémorales droite et gauche et dans la veine fémorale gauche de la 2<sup>e</sup> observation.

Le symptôme initial de l'embolie mérite qu'on s'y arrête.

Cet engourdissement douloureux arrivant d'une manière subite paraît constant. Mais cette hyperesthésie, quand le refroidissement n'est pas considérable ou a disparu, pourrait être confondue avec des douleurs névralgiques ou rhumatismales.

**19. Deux observations de cirrhose du foie chez l'enfant; par le Dr J. CAZALIS (1).**

La cirrhose du foie est certainement chez l'enfant une maladie des plus rares, et on n'en trouve que bien peu d'exemples chez les auteurs qui ont traité de l'hépatite interstitielle. Depuis que M. Gubler a décrit, en 1852, une cirrhose hypertrophique tenant à la syphilis congénitale, un certain nombre d'auteurs ont publié des cas analogues, ou décrit des altérations du foie dans lesquelles l'inflammation interstitielle occupait une place plus ou moins importante; mais la syphilis était toujours la principale raison étiologique de ces lésions.

On trouve encore des exemples de cirrhoses du foie, peu avancées du reste, dues à des lésions cardiaques chroniques. Mais en dehors de ces deux ordres de faits, les cas de cirrhose sont bien peu nombreux. Rilliet et Barthez disent en avoir observé quatre; Frerichs en rapporte une observation, qui fut, à vrai dire, une trouvaille d'autopsie; il rapporte en abrégé un cas de F. Weber, qui est assez incomplet.

J'ai eu l'occasion d'observer pendant mon internat deux cas de cirrhose hépatique, chez de jeunes enfants. J'ai pu, dans un des cas, compléter mon observation, grâce aux renseignements circonstanciés que m'ont donnés les parents. La cause de ces cirrhoses ne peut être recherchée ni dans la syphilis, ni dans une maladie du cœur. Aussi, j'ai cru intéressant de présenter ces deux faits à la Société.

*OBS. I. — Ascite, œdème des membres inférieurs, albuminurie, chez un enfant de 7 ans; ponction de l'abdomen; mort. Autopsie: cirrhose du foie.*

Le 11 janvier 1871, entrant dans la salle Sainte-Marguerite, n° 7, hôpital Sainte-Eugénie, la nommée Nathalie H. . . ., âgée de 7 ans. Cette petite fille est née en Seine-et-Marne, et s'est réfugiée à Paris avec ses parents à l'approche de l'armée prussienne. Elle a beaucoup souffert du froid, de la faim, de la misère; sa famille n'est pas venue donner sur elle des renseignements qu'on lui a fait demander, ce qui ne permet pas de

---

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

rétablir l'histoire de l'enfant d'une manière positive. Elle prétendait être arrivée à Paris en bonne santé, mais bientôt elle était tombée malade, et son ventre grossissait depuis deux mois environ. Il fut impossible de savoir à quelle époque l'œdème des membres inférieurs avait débuté.

Il existait, en effet, chez cette enfant, un œdème des membres inférieurs modéré, indolent ; la peau était blanche. L'abdomen était distendu par l'ascite ; à l'épigastre, il mesurait 83 cent., à l'ombilic 79 c., et 73 au-dessous. Les membres supérieurs et la face n'étaient pas bouffis, mais bien maigres. Les veines sous-cutanées de l'abdomen étaient développées ; la pression ne déterminait aucune douleur. L'impulsion du cœur était forte, les deux silences égaux en durée ; le pouls à 100 le matin, 124 le soir ; il n'y avait pas de bruit anormal. Pas de dyspnée. On trouva dans les poumons quelques râles sonores, et quelques bulles dans les bases. L'urine renfermait une notable quantité d'albumine. L'enfant avait bon appétit, ses selles étaient molles, verdâtres ; il y avait un peu de ténesme ; les digestions se faisaient régulièrement.

L'état demeura le même jusqu'au 17, époque à laquelle survinrent des accidents aigus, consistant en douleurs abdominales très-vives, ayant le caractère de celles observées dans le cours de la péritonite, en points de côté, et en une dyspnée intense ; matité et souffle aux deux bases des poumons en arrière, râles sous-crépitaux au-dessus. Le pouls était à 132 pulsations. Les jours suivants, la dyspnée et les douleurs diminuèrent, mais l'ascite augmenta, et le 23, la mensuration de l'abdomen donna les chiffres 88, 83, 82, correspondant aux chiffres obtenus précédemment. L'œdème augmentait également, et le 26, on fit des piqûres vers les malléoles, qui donnèrent issue à une notable quantité de sérosité.

Le 27, l'enfant était dans un état d'asphyxie blanche qui décida à pratiquer une ponction : celle-ci donna issue à cinq litres et demi de sérosité translucide. Le trou pratiqué par le trocart se rouvrit les jours suivants, et la sérosité continua à s'écouler par cet orifice. Une certaine amélioration suivit la ponction, mais les poumons s'infiltraient de plus en plus, et si l'ascite diminuait, au contraire les épanchements pleuraux augmentaient. Survinrent successivement une diarrhée abondante, un érysipèle autour de l'ombilic, la gangrène de la vulve, et la mort termina cette scène le 24 février.

Le traitement, dirigé par M. Triboulet, avait consisté dans l'emploi répété du tartre stibié, de l'eau-de-vie allemande, de diurétiques, et de vésicatoires.

**AUTOPSIE.** Épanchements abondants dans les plèvres ; les

deux poumons présentait un œdème modéré, et de l'atélectasie le long du bord inférieur, en arrière.

Le cœur était sain ; sur les valves de la valvule mitrale, quelques taches blanches et un peu épaisses ; quelques plaques semblables le long de la courbure de l'aorte. Dans l'abdomen, se trouvaient encore deux litres de sérosité, environ. Le foie, très-petit, présentait des plaques de périhépatite chronique, sa surface était nettement mamelonnée, les sillons qui circonscrivaient les mamelons étaient constitués par des tractus fibreux d'un gris plus ou moins opaque, tandis que les mamelons étaient formés par le parenchyme hépatique brun. A la coupe, le tissu, très-dur, résistait au scalpel ; les tractus de la capsule de Glisson étaient énormément développés ; la substance parenchymateuse circonscrite par le tissu fibreux était dure, et d'un brun foncé uniforme. Les rameaux de la veine-porte furent disséqués dans une certaine étendue, et se trouvaient entourés par une masse abondante de tissu fibreux. — La rate, volumineuse, portait des plaques de péricapnité.

Entre le rectum et la vessie, le péritoine était couvert de fausses membranes molles et grisâtres. Le gros intestin était légèrement congestionné ; dans l'intestin grêle se trouvait un espace fortement injecté. — Les reins, de volume normal, étaient un peu pâles, peut-être légèrement graisseux.

J'avoue que, lorsque cette petite fille entra dans le service, je ne me crus pas en face d'un cas de cirrhose du foie ; nous étions en ce moment envahis par un grand nombre d'enfants présentant de l'œdème et des suffusions séreuses dans les grandes cavités, avec ou sans albuminurie, et ces hydropisies devaient être mises sur le compte de la misère et des privations de toutes sortes. Cependant, deux symptômes auraient dû fixer mon attention : la dilatation des veines abdominales, et la cessation de l'œdème au-dessus du diaphragme. Le premier de ces symptômes ne pouvait s'expliquer que par une lésion du foie, et le second ne correspondait pas avec l'idée d'anasarque généralisée, ou même de maladie de Bright. Dans ces deux cas, ainsi que je pouvais le voir fréquemment à la même époque, l'œdème envahissait les membres supérieurs et la face, au moins dans les derniers temps de la vie.

Devant même les résultats de l'autopsie, on pouvait se demander si on avait eu là affaire simplement à une cirrhose du foie ; en effet, on trouvait d'une part un certain état graisseux du rein, qui avait produit l'albuminurie, d'autre part une péritonite subaiguë assez généralisée. Mais, la lésion rénale était bien peu de chose, les reins avaient leur volume normal, et la transformation graisseuse de l'épithélium devait

être bien peu avancée. Quant aux lésions de la péritonite, elles consistaient simplement en fausses membranes peu anciennes, récentes dans le cul-de-sac recto-utérin, un peu plus âgées sur le foie et la rate, mais n'offrant pas les caractères d'ancienneté de la lésion du foie, assez avancée déjà pour avoir amené l'atrophie d'une grande partie de la glande.

Cependant, l'insuffisance de l'observation, soit sous le rapport anatomique, soit sous le rapport de l'histoire de la maladie, surtout au début, ne permettait pas de la considérer autrement que comme un fait isolé.

L'observation suivante est plus complète; pour être plus certain de l'exactitude des faits qui se sont passés avant que la malade fût soumise à mon examen, j'ai fait écrire par les parents l'histoire du début de la maladie, et j'ai reconstitué ainsi une narration complète des accidents qui ont atteint l'enfant, depuis sa naissance même. J'eus de même des renseignements certains sur la santé des parents.

OBS. II. — *Cirrhose du foie, chez un enfant de 9 ans.*

Marie-Valentine Lan..., âgée de 9 ans, entra le 18 mars 1870, salle Sainte-Marguerite, n° 8; ses parents nous dirent que le 6 du même mois, elle était tombée subitement malade, au milieu d'un état de santé médiocre, qui les inquiétait depuis longtemps. Elle fut prise de douleurs de tête, de gorge et d'estomac, avec fièvre vive, délire pendant deux jours, vomissements, et trois épistaxis fort abondantes. Le ventre, déjà un peu gros, devint volumineux, et deux médecins engagèrent les parents à conduire leur enfant à l'hôpital.

Cette petite fille était de taille moyenne; un ictère léger était répandu sur toute la surface du corps; la figure n'était en aucune façon tuméfiée. Les veines des parois abdominales présentaient un développement remarquable, et ces parois étaient distendues par une ascite assez considérable; le foie atteignait à peine le rebord des côtes; les cuisses présentaient un très-léger œdème qui ne descendait pas plus bas. A la base du poumon gauche, de la matité et du souffle annonçaient la présence d'un épanchement modéré, tandis que des râles ronflants et une respiration rude, perçus dans tout le reste de la poitrine, étaient les indices d'une bronchite légère. L'appétit était médiocre, les urines ictériques ne contenaient pas d'albumine. L'intelligence était nette, l'enfant ne manifestait aucun sentiment de malaise. Le cœur battait normalement 112 fois par minute.

D'après cet examen, il était certain qu'on n'avait alors affaire qu'à des accidents aigus, entés sur une maladie chronique; et les renseignements des parents me furent alors pré-

cieux, en me révélant toute une série d'actes morbides dont une grande partie se rapportaient évidemment à l'affection dont j'observais alors la dernière phase.

J'appris que cette enfant avait été nourrie au sein, jusqu'à dix-huit mois; que la dentition s'était faite facilement; cependant, elle eut une fluxion de poitrine à huit mois, et elle s'enrhuma souvent. A trois ans, elle eut la rougeole, et depuis elle se plaignait souvent de l'estomac. Depuis l'âge de six ans, elle saignait du nez fréquemment, à chaque émotion, quelle qu'elle fût; à sept ans, elle fit une maladie appelée fièvre muqueuse par le médecin qui la soigna; à partir de cette époque, le ventre devint volumineux, quoique très-modérément; les digestions demeurèrent pénibles, les selles étaient souvent diarrhéiques, et il y avait un peu de ténésme. En avril 1869, survint une jaunisse qui dura deux mois, pendant le cours de laquelle le ventre se tuméfia encore plus. Cependant, cet état de santé médiocre était trop peu accentué pour que les parents y vissent autre chose qu'un développement pénible de l'enfant, et les derniers accidents leur parurent une maladie nouvelle.

Le père et la mère n'étaient ni alcooliques, ni syphilitiques; ils habitaient depuis plusieurs années, un rez-de-chaussée humide; le père avait, en ce moment même, de vives douleurs rhumatismales; il était de plus sujet à des accès de gastralgie. La mère était d'une santé parfaite.

L'enfant passa tout d'abord à l'hôpital, par une période d'accidents aigus; pendant six jours, elle eut une fièvre vive (120, 144 puls.), des douleurs abdominales très-vives, du dévoiement, de la dyspnée. Puis tout se calma, la fièvre tomba, l'épanchement pleural se résorba en grande partie, mais l'ascite augmentait.

Le 3 avril, la petite malade se levait, mangeait de bon appétit, la fièvre était nulle le matin, à peine sensible le soir; mais le 6, il y eut une rechûte. Les douleurs abdominales reparurent avec la dyspnée, la fièvre vive, et le 8, on pratiqua la ponction de l'abdomen. Quatre litres de liquide albumineux s'écoulèrent, et on put palper librement l'abdomen. La matité du foie était très-peu étendue, et on ne pouvait sentir cet organe au-dessous des côtes. En revanche, la rate, volumineuse, occupait l'hypochondre, le flanc gauche, et s'avancait jusque dans la région épigastrique. Le sang, examiné au microscope, ne semblait pas contenir une proportion exagérée de leucocytes.

La ponction sembla soulager l'enfant, et le liquide se reproduisit peu; mais des douleurs vives, des vomissements verts, une diarrhée de même couleur, le pouls toujours au-dessus de



120, annonçaient une péritonite au moins subaiguë. A partir du 16 *avril*, l'ascite et les épanchements pleuraux diminuèrent sensiblement; on pouvait vérifier, sans peine, l'atrophie du foie, l'hypertrophie de la rate; mais l'enfant s'affaiblissait rapidement. Le 17 *avril*, survint du délire, le pouls était à 132. Le lendemain, coma, pouls à 164, râle trachéal; mort dans la nuit.

AUTOPSIE, trente heures après la mort. Le cadavre était bien conservé, la peau gardait sa coloration ictérique. Les plèvres ne contenaient plus d'épanchement; à droite, des adhérences unissaient fortement le poumon à la paroi thoracique; les deux poumons étaient de coloration rosée, sauf quelques lobules à la base, qui étaient congestionnés. Le cœur, sain, renfermait des caillots cruoriques. Des adhérences, peu résistantes, unissaient les parois abdominales aux viscères de la cavité, et ces derniers organes entre eux. Dans les parties déclives, on put recueillir un verre de sérosité rousse.

Le foie était arrivé à un extrême degré d'atrophie; son volume ne semblait pas égaler celui du poing d'un adulte. Il mesurait 16 centimètres en longueur, 6 dans sa plus grande largeur; le lobe gauche mesurait 1 cent. 1/2 d'épaisseur, le lobe droit 3 1/2. Il était collé au diaphragme par de nombreuses adhérences facilement déchirables. Une lamelle transparente de périhépatite l'enveloppait tout entier. Il était partout mamelonné; les mamelons étaient jaunes, séparés par d'épaisses cloisons grises. Un pointillé rouge général correspondait à de petites étoiles vasculaires sous-péritonéales. A la coupe, on trouvait un tissu fibreux gris, considérable, renfermant de nombreux vaisseaux béants; dans ce stroma hypertrophié, étaient épars de nombreux îlots de tissu glandulaire, jaune et mou; quelques parties du foie étaient le siège d'une forte congestion.

La rate, de même longueur que le foie, était plus épaisse, et avait une consistance ferme, une coloration normale.

Les reins avaient leur volume, leur consistance et leur coloration comme à l'état normal.

L'estomac était dilaté, mais sain. L'intestin grêle présentait par places une injection intense et un pointillé noir. Le gros intestin était criblé d'une multitude de petits points, du volume d'une tête d'épingle, composés d'un cercle saillant noirâtre, entourant un centre blanc déprimé. Entre cette sorte de psorentérie, la muqueuse était le siège d'une vascularisation souvent considérable; cependant, elle n'était pas épaisse.

Je fis l'examen histologique du foie à l'état frais et sur des pièces conservées; les parties jaunes plus molles de la glande

se composaient d'amas de cellules déformées, et de granulations plus ou moins fines, les unes, graisseuses, les autres fortement colorées en jaune ; à côté, des cellules bien conservées montraient des contours nets et un noyau toujours un peu masqué par beaucoup de granulations ; les cellules encore à peu près saines, les amas de détritux et de granulations étaient toujours fortement colorés en jaune. Dans l'intérieur même des lobules, des tractus fibreux dessinaient un stroma hyperplasié. Quant au tissu fibreux périvasculaire, si énormément augmenté de masse, il se composait de faisceaux fibreux entrecroisés dans plusieurs directions, mais renfermant un très-grand nombre de noyaux.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir aucun doute sur la nature de la lésion du foie dont je viens de donner la description ; cependant, on aurait peut-être pu la confondre avec celle que Frerichs a décrite sous le nom d'atrophie par imperméabilité des capillaires, résultant de l'inflammation de la capsule de Glisson, si on admet, comme cet auteur, que ce soit là une maladie différente de la cirrhose. Mais, dans ces atrophies, la surface du foie serait peu mamelonnée, les rameaux de la veine porte seraient dilatés, et les cellules hépatiques de très-petit volume, sans granulations autres que des granulations pigmentaires. Dans le cas que je rapporte, le foie était mamelonné, les rameaux de la veine porte, quoique béants à la coupe, n'étaient pas dilatés, et les cellules encore à peu près saines étaient de volume ordinaire, et renfermaient un très-grand nombre de granulations graisseuses, pigmentaires et autres. Je crois que ces caractères sont suffisants pour caractériser la cirrhose.

La marche avait été très-lente ; en effet, les accidents aigus, que seuls j'avais pu observer, n'étaient que la terminaison d'une maladie beaucoup plus ancienne. L'enfant, morte en avril 1870, avait eu un ictère de deux mois de durée en 1869 ; le ventre était un peu gros depuis une maladie, qualifiée de fièvre muqueuse, et dont elle fut atteinte en 1868 ; depuis 1867, elle saignait du nez facilement, et avant même cette époque, ses digestions étaient pénibles. Il est impossible de fixer le moment même du début, mais il me semble probable que les troubles de la digestion et les épistaxis qui ont paru trois ans avant la mort, pouvaient être les premiers symptômes de la cirrhose.

L'étiologie de ce cas est entourée d'une grande obscurité. Le cœur étant sain, il ne s'agissait pas là d'une cirrhose survenue sous l'influence d'une lésion cardiaque. La syphilis doit être exclue ; l'affirmation des parents, leur examen même devaient éloigner cette idée, que l'aspect du foie lui-même devait faire

écarter; une pareille atrophie, avec état mamelonné granuleux, généralisé, sans points blancs à l'intérieur, sans dégénérescence amyloïde, ne correspond point aux descriptions de la syphilis hépatique infantile. L'alcoolisme ne pouvait exister chez la petite fille, et les parents menaient une vie exempte de toute espèce d'excès.

Quant à l'impaludisme, l'enfant n'avait jamais eu de fièvre intermittente; elle avait vécu toute sa vie à Romainville, mais habitait avec ses parents un rez-de-chaussée humide. Je ne puis dire si cet habitat a eu de l'influence sur la production de la cirrhose, mais je tiens à faire remarquer que le sujet de l'observation précédente avait passé plusieurs mois dans des conditions de misère et d'humidité froide, puisqu'elle avait mené l'existence des réfugiés à Paris pendant le siège. D'autre part, l'observation XXXIV de Frerichs est relative à un enfant de dix ans, chez lequel les accidents de la maladie, autre que la cirrhose, qui amena la mort, avaient succédé à un bain froid trop prolongé. La lésion du foie, qui était encore peu avancée à la mort de l'enfant, aurait peut-être été due à cette cause également, et on pourrait alors se demander si l'influence du froid humide n'aurait pas une certaine valeur dans l'étiologie de la cirrhose du foie chez l'enfant.

**20. Note sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire;**  
par M. LABARRAQUE, interne des hôpitaux (1).

Les exemples d'hypertrophie générale de la glande mammaire, sans être absolument rares, ne se voient cependant pas tous les jours. Ayant eu l'occasion d'en observer deux cas, dont l'un est encore soumis à notre observation, nous avons cru voir quelque coïncidence entre le développement de cette maladie et l'établissement de la menstruation, remarque qui avait déjà été faite avant nous par Fingerbuth (2), dans son mémoire sur le sujet. On trouve également dans l'ouvrage de Velpeau (3) plusieurs exemples d'hypertrophie mammaire ayant coïncidé avec l'apparition des règles, bien que l'auteur paraisse croire que l'âge n'y est pour rien, et indique plutôt comme maximum de fréquence la période comprise entre 30 et 40 ans. C'est dans le *Traité des maladies du sein et de la région mammaire* que nous relevons l'indication

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

(2) *Fingerbuth*. Mémoire et observations sur une sorte d'hypertrophie morbide chez les jeunes filles à l'âge de la puberté (*Gazette médicale*, 1837, page 153).

(3) *Velpeau*. *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*.

de trois cas d'hypertrophie mammaire développés à l'âge de la puberté, et qui sont : le premier, dû à Astley Cooper, et concernant une fille de 15 ans, le second indiqué par Huston (1) chez une négresse de 14 ans, et le troisième de Velpeau lui-même, et rédigé par Deville (2).

En 1868, nous en avons vu un exemple à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. le docteur Marjolin ; l'hypertrophie portait sur les deux seins, mais principalement sur le gauche, qui s'ulcéra et dont le chirurgien pratiqua l'ablation totale. Le sein droit, depuis lors, diminua de volume, et maintenant, six ans après l'opération, l'hypertrophie ne s'est pas reproduite.

En ce moment même (décembre 1874) nous avons sous les yeux, dans le service de notre maître, le Professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis, un cas du même genre, dont nous allons rapporter brièvement l'observation.

OBSERVATION. E. B..., âgée de 15 ans, entre le 16 octobre 1874, salle Saint-Jean, n° 73, hôpital Saint-Louis, service de M. le Professeur Hardy, pour une hypertrophie considérable des deux seins.

Elle raconte qu'elle n'a vu apparaître ce volumineux gonflement que depuis six mois environ, qu'elle n'est réglée que depuis un an, et que le développement de ses seins a coïncidé avec la suppression d'une de ses époques menstruelles : la menstruation a reparu le mois suivant ; mais les deux seins ont continué à augmenter de volume. La menstruation a été régulière depuis lors ; mais le sang rendu est en beaucoup moins grande quantité que celui qu'elle perdait auparavant, pendant les six premiers mois. Pendant le dernier mois qui a précédé l'entrée à l'hôpital, l'accroissement de volume a paru se faire plus rapidement : depuis quelques jours toutefois, l'état paraît à peu près stationnaire.

L'état général est satisfaisant ; pas de maladies antérieures. Pas d'antécédents de famille. Conditions hygiéniques d'habitation et de régime satisfaisantes. Point de ganglions engorgés, ni au cou, ni aux aisselles.

La maladie a débuté par le sein droit, le gauche n'a commencé à croître que quelques jours après. Actuellement, ils ont un volume considérable ; mais le droit est toujours le plus gros.

Mesurée au niveau de sa base, la mamelle droite offre une circonférence de 59 cent., et la distance du mamelon à la four-

---

(1) *Huston*. Journal des connaissances médico-chirurgicales. Tome II, page 89.

(2) *Velpeau*. loc. cit. page 234.

chette du sternum, la malade étant couchée horizontalement sur le dos, est de 30 cent, Les dimensions similaires du sein gauche ont, à la base, 52 cent, et comme distance du mamelon à la fourchette sternale, 27 cent. On peut voir, d'après ces chiffres, que le sein droit paraît affecter une forme cylindrique avec tendance à la pédiculisation, tandis que le gauche est globuleux.

La consistance est assez dure, mais uniforme; par la palpation, on perçoit les lobules hypertrophiés, et l'on ne trouve aucune nodosité que l'on puisse rapporter à de l'hypertrophie partielle. Le mamelon est un peu aplati, élargi, et l'auréole plus étendue; la peau qui la recouvre est épaisse et plissée.

La peau qui enveloppe les deux mamelles est tendue, ce qui en augmente la consistance. Elle a un aspect *éléphantiasique*, dû plutôt, croyons-nous, à une distension exagérée, qu'à une modification de ses éléments constitutifs. Sur le sein droit, l'enveloppe cutanée offre une coloration rouge, uniforme, disparaissant sous la pression, et reparaissant dès que cette pression cesse, phénomène qu'on devrait rapporter à la déclivité et à la gêne de la circulation en retour. Du reste, aucune excoriation, aucune tendance à la gangrène.

Pas de douleur spontanée mais le poids des tumeurs embarrasse un peu le sujet. De temps à autre, il y a des élancements spontanés, plus fréquents néanmoins, paraît-il, au début de la maladie. Quelques irradiations douloureuses dans les bras, principalement à droite. La pression de la main est un peu gênante.

La malade éprouve quelque peine à respirer, quand elle est debout; en raison du poids des deux seins, elle se fatigue vite en marchant. Mais la santé générale n'a éprouvé aucune atteinte.

Traitement : 20 gouttes de teinture d'iode à l'intérieur; on soutient les seins par un bandage modérément serré, dans le seul but de soulager un peu la malade.

24 octobre, aucun changement dans les dimensions, mais la consistance est beaucoup moins ferme.

30 octobre, 30 gouttes de teinture d'iode; un bain sulfureux tous les deux jours.

On trouve à la mensuration les chiffres suivants : *sein droit*, circonférence à la base, 57 cent. ; du mamelon à la fourchette sternale, 29 cent. ; *sein gauche*, circonférence à la base, 52 cent. ; du mamelon à la fourchette sternale, 27 cent. Donc, légère diminution.

6 novembre, les chiffres sont : *sein droit*, base, 55 cent. ; hauteur, 31; *sein gauche*, base, 51; hauteur, 26.

La mamelle a encore un peu diminué. La consistance est de

plus en plus molle. Le sein droit est pendant et tend à se pédiculiser; il en résulte que sa hauteur tend à augmenter, comme on le voit dans les chiffres que voici :

13 novembre, *sein droit*, base, 54 cent.; hauteur, 30; *sein gauche*, base, 50 cent.; hauteur, 24.

24 novembre, mêmes dimensions.

1<sup>er</sup> décembre, *sein droit*, base, 53 cent.; hauteur, 34; *sein gauche*, base, 49 cent.; hauteur, 23. Nouvelle diminution du côté du sein droit surtout, qui est très-mou et pendant.

Nous voyons ici que, sous l'influence d'une médication iodique, une hypertrophie générale des deux seins a paru s'amender, et que, d'un côté du moins, le sein est revenu à des dimensions à peu près normales, bien qu'un peu volumineuses pour un si jeune sujet.

Le seul fait que nous voulions retenir de cette observation et de la précédente, c'est que le travail morbide a été très-rapide, qu'il a apparu chaque fois à l'époque de la puberté, à l'apparition de la période menstruelle, en dehors de tout état de grossesse et de lactation. Du reste, l'hypertrophie des mamelles peut se présenter chez les garçons également à l'époque de la puberté. L'âge critique, chez les femmes, pourrait aussi favoriser l'apparition de cette affection. Mais nous n'avons encore, à ce sujet, que des hypothèses, et non des faits.

## 21. Des rétrécissements congénitaux de l'aorte.

*Rapport sur la candidature de M. MOUTARD-MARTIN, au titre de membre adjoint de la Société, par M. RENDU.*

Messieurs, vous vous rappelez sans doute l'observation remarquable que vous présentait, il y a quelques semaines, notre collègue M. Moutard-Martin. Il m'a semblé intéressant d'étudier tout spécialement ce fait, et de rechercher en quoi il se rapproche ou diffère des cas déjà publiés de cette anomalie.

Depuis le relevé qu'en a fait M. Charcot dans le dictionnaire encyclopédique, il a été fait mention, dans les recueils étrangers, de quatre nouveaux cas de rétrécissement aortique congénital (1).

(1) Voici l'indication de leur origine :

1871. Traube. (Berlin. klinische Woch. VIII N° 29, 31, 32).

1873. Erman, id. N° 19.

1873. Purser. (Dublin journ. of med. science, T. 56. octobre).

 1873. Redenbacher (Bayen aiztl intell. Blatt. N° 7).

Il ressort des travaux de MM. Barth (1) et Cruveilhier (2) sur ce sujet, que la caractéristique des rétrécissements de ce genre, indépendamment du siège particulier qu'ils présentent, est l'absence de toute altération au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et à plus forte raison à son niveau. — Or, le cas de M. Moutard-Martin nous montre précisément des lésions athéromateuses assez avancées, siégeant de préférence en amont du rétrécissement.

Cette particularité, toutefois, ne nous semble pas avoir une valeur suffisante pour l'exclure de la catégorie des rétrécissements congénitaux, car la forme et le siège de la coarctation répondent absolument à la description classique.

Ce siège est en effet constant : il occupe toujours un point voisin de la sous-clavière gauche, parfois au-dessus, le plus souvent au-dessous de cette artère. Nul doute que cette fixité ne soit en rapport avec l'évolution fœtale et l'oblitération physiologique du canal artériel : mais ici, commencent les divergences.

Nous ne nous arrêterons pas à l'hypothèse toute mécanique de Chevers (3), qui voit dans la compression exercée par le nerf récurrent gauche, au moment où il se recourbe en anse autour de l'aorte, la cause du rétrécissement de cette artère. Cette théorie n'est pas soutenable, puisqu'il s'agit là d'une disposition constante, qui devrait constamment produire les mêmes effets. Elle a été imaginée pour expliquer les cas où comme dans le fait de Rømer (4), l'aorte était oblitérée, le canal artériel restant perméable.

Hamernjk (5) a pensé que le travail inflammatoire destiné à produire l'occlusion du canal artériel peut dans certains cas se propager à l'aorte, où il détermine les mêmes effets. M. Dumontpallier (6), dans la *Gazette médicale* de 1857, a soutenu la même théorie. Mais elle se trouve infirmée, par ce fait que, dans nombre d'observations, le canal artériel est resté perméable, sans qu'on trouve la moindre trace d'inflammation sur ses parois.

D'ailleurs, rien ne prouve qu'il se fasse, dans l'oblitération normale du canal artériel, un véritable travail inflammatoire.

---

(1) Barth. Thèse 1837, et Presse médicale, T. I, 1837.

(2) Cruveilhier. Atlas d'an. path. Livr. XL, pl. 3, fig. 3 et 4.

(3) Chevers (London medic. gazette, mai 1845.)

(4) Rømer. Oesterreich. medic. Jahrbuch. 1839.

(5) Hamernjk. Oesterreich. Wochenschrift. N° 10, 1849.

(6) Dumontpallier. Gaz. méd. 1857.

Rokitansky (1), et avec lui Reynaud (2), et Peacock (3) donnent une explication qui semble plus plausible. Il s'agit d'un arrêt de développement. L'oblitération prématurée du canal artériel, au moment où la crosse aortique est encore séparée de l'aorte thoracique par une partie rétrécie (isthme de l'aorte) aurait pour conséquence que la majeure partie du sang affluerait dans les carotides et dans les sous-clavières, au détriment de celui qui est destiné aux membres abdominaux. Mais ici encore, nous ne comprenons guère pourquoi, sous l'impulsion permanente du sang, l'isthme de l'aorte ne se dilate pas à son tour : et d'ailleurs, cette hypothèse n'explique nullement les faits de rétrécissement aortique avec perméabilité du canal artériel.

On le voit donc, la genèse des rétrécissements congénitaux de l'aorte est encore loin d'être élucidée, malgré les nombreux travaux d'embryogénie qui se sont produits sur le développement de l'appareil circulatoire. Il n'en est pas de même des caractères anatomiques de la lésion, qui sont bien connus. Ainsi la forme toute spéciale de ces rétrécissements qui ressemblent à une ligature circulaire jetée sur l'aorte, le froncement de la tunique externe de l'artère, l'intégrité de la tunique interne, sont des caractères qui ont été mis en relief par les différents auteurs. Toutefois, relativement à ce dernier signe, nous ne lui croyons pas une valeur absolue ; soutenir le contraire serait, en quelque sorte prétendre que l'existence d'un rétrécissement congénital de l'aorte garantit de l'athérome pour le reste de l'existence, conclusion illogique s'il en fût. Ce qui est vrai, c'est que l'athérome n'est pas communément observé dans les cas de rétrécissement congénital de l'aorte. La raison en est peut-être que cette anomalie est, par elle-même, fort rare, et d'autre part que l'athérome est loin de se rencontrer chez tous les sujets qui succombent à une affection cardiaque. L'observation de M. Moutard-Martin vous montre précisément un cas de coexistence de ces deux lésions, et M. Dumontpallier, qui a rencontré des plaques d'athérome au point d'insertion du ligament artériel, en fait précisément la base de sa théorie sur l'origine inflammatoire des rétrécissements aortiques congénitaux. Dans certains cas exceptionnels, on a même vu les lésions athéromateuses atteindre un développement réellement considérable. Ainsi, dans l'observation de Traube, il s'agit d'un garde forestier âgé de 38 ans, qui se

---

(1) Rokitansky. *Handb. der patholog. Anat.* T. 2. p. 595.

(2) Reynaud. *Journ. hebdomadaire de médecine*. 1828, p. 161.

(3) Peacock. *British medico-chir. Review* T. 25 p. 467. 1800.



présenta à la clinique avec des symptômes d'asystolie et une insuffisance aortique. On remarqua que le pouls radial offrait chez cet homme une ampleur excessive, tandis que par contre le pouls crural était à peine perceptible. « A l'autopsie on trouve une augmentation considérable du volume du cœur. Toutes les valvules sont normales, sauf celles de l'aorte. Les valvules sigmoïdes sont insuffisantes, épaissies à leur bord libre, renversées vers la cavité du ventricule; deux d'entre elles sont soudées en une seule. Aorte ascendante très-dilatée; paroi normale, çà et là une tache jaune. Crosse aortique de dimension normale. Au niveau de l'insertion du canal artériel, rétrécissement total de l'aorte avec épaississement et incrustation de la paroi. Au milieu de cette masse morbide, un tout petit pertuis permet à peine l'introduction d'une sonde de petit calibre. Au-dessus et au-dessous du rétrécissement, existe un épaississement formé en partie de plaques ossifiées. Au delà se trouve une masse volumineuse, surtout à l'origine des gros vaisseaux. Les artères collatérales (thoracique, mammaire interne, épigastrique) sont extraordinairement dilatées. Aorte thoracique de largeur presque normale. Aorte abdominale et artères iliaques légèrement rétrécies. Dans les deux plèvres, épanchement léger de sérosité citrine. »

Nous voyons mentionné, dans cette observation, un des points les plus intéressants de l'histoire des rétrécissements congénitaux; nous voulons parler des voies collatérales par lesquelles se rétablit la circulation sanguine, entravée par le rétrécissement de l'aorte thoracique. Dans le cas de M. Moutard-Martin, les mammaires internes étaient fort dilatées, du volume du petit doigt; l'épigastrique au contraire avait son volume normal. On n'a pas poussé plus loin les investigations. Dans un cas récent de Erman (1), où le diagnostic avait pu être fait pendant la vie, on injecta le système artériel avant de pratiquer l'autopsie et l'on pût ainsi constater que non-seulement les mammaires internes, mais les épigastriques avaient subi une dilatation considérable. D'autres fois, c'est sur le système des branches de la sous-clavière que porte l'ectasie, et l'on a pu sentir sur le vivant des pulsations anormales au niveau des scapulaires, particulièrement des scapulaires postérieures.

Une conséquence presque fatale des rétrécissements congénitaux de l'aorte, et qui est signalée dans toutes les autopsies, c'est l'hypertrophie du ventricule gauche en arrière de

---

(1) Erman (Berlin. klinisch. Wochenschr. n° 19, 1873.)

l'obstacle. C'est là un phénomène d'ordre mécanique que l'on pourrait prévoir à l'avance ; mais on peut se demander si l'insuffisance du calibre de l'aorte n'entre pas également pour quelque chose dans la production des lésions valvulaires qui manquent si rarement à l'autopsie. Sur le malade de M. Moutard-Martin, les orifices aortique et mitral étaient indurés et presque calcifiés : il en était de même dans les cas de Traube, de Purser et de Redenbacher, pour les valvules sigmoïdes.

L'athérome lui-même peut-il être provoqué par la présence du rétrécissement ? On serait tenté de le croire, lorsqu'on voit les plaques calcaires siéger exclusivement, comme dans le cas de M. Moutard-Martin, en amont de l'obstacle. Toutefois, il ne faut émettre que timidement cette hypothèse, et se rappeler que, normalement, c'est la première portion de l'aorte, qui est le plus exposée à devenir athéromateuse ; que la même cause générale qui développe cet athérome est susceptible d'entraîner dans le cœur des désordres analogues ; qu'enfin bien des influences occasionnelles, telles que les traumatismes et l'alcoolisme, peuvent déterminer l'apparition de ces lésions, sans que le rétrécissement de l'aorte y contribue pour quelque chose. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons nous borner à signaler cette distribution remarquable de l'athérome au voisinage du rétrécissement aortique ; sans y voir nécessairement un rapport étiologique.

L'observation de M. Moutard-Martin présente également un grand intérêt clinique. Pouvait-on dans le cas actuel, en se fondant sur les signes observés, supposer l'existence d'une pareille lésion ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négation.

Dans certains cas, très-rares à la vérité, quelques cliniciens ont pu, du vivant du malade, soupçonner un rétrécissement congénital de l'aorte. Skoda (1) et Walshe (2) ont fait ce diagnostic ; Erman a publié la relation d'un cas analogue. Dans ces diverses circonstances, on avait pu constater l'existence de pulsations artérielles ou de dilatations artérielles anormales : ainsi, par exemple, l'ataxie des artères mammaires et hypogastriques, lorsqu'elles donnent lieu à des battements, peuvent faire songer à la possibilité d'un rétrécissement aortique. Il en est de même de l'opposition qui existe entre les artères sus-diaphragmatique et sous-diaphragmatiques. Tandis que les premières, dilatées, fournissent des pulsations larges et vibrantes, les secondes laissent passer une quantité

---

(1) Skoda. Wien. med. Wochenschrift, 1855.

(2) Walshe. Med. Times and Gazette, 1857.

de sang insuffisante, et l'on ne perçoit qu'un pouls petit et misérable. Ceci est surtout appréciable sur l'artère crurale; on peut dire que c'est là le signe principal et caractéristique de la lésion qui nous occupe. Erman a signalé parfois une différence entre le pouls radial droit et gauche, ce dernier ayant beaucoup moins d'ampleur que l'autre.

On conçoit facilement que ces signes font bien souvent défaut. La plupart du temps, en effet, quand le rétrécissement de l'aorte amène les malades à l'hôpital, c'est qu'il s'est compliqué de désordres cardiaques qui fournissent les symptômes prédominants de la maladie. C'est ce qui est arrivé pour le malade de M. Moutard-Martin. Chez lui, les pulsations et les dilatations artérielles anormales n'existaient pas : on ne constatait non plus aucune différence entre le pouls radial et le pouls crural, à cause du rétrécissement de l'orifice aortique et de l'orifice mitral, qui modifiait les conditions de tension vasculaire dans tout l'arbre circulatoire. Pour la même raison, l'auscultation était de peu de secours, car elle indiquait seulement les bruits de souffle systolique et diastolique, symptomatiques du double rétrécissement des orifices du cœur gauche. Le fait du reste n'en est pas moins intéressant, car il montre que même avec un rétrécissement congénital de l'aorte des plus caractérisés, la vie est possible et la circulation s'accomplit régulièrement pendant fort longtemps, sans entraîner, pour ainsi dire, de troubles fonctionnels, jusqu'au jour où des lésions du cœur viennent s'y ajouter.

#### Élections.

MM. BOURNEVILLE et SCHWEICH, membres titulaires de la Société, sont nommés *membres honoraires*.

---

*Séance du 11 décembre.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**22. Thrombose de l'artère pulmonaire; Ulcère simple de l'estomac; par M. Ch. Râmy, interne des hôpitaux.**

Lourdât Marie, âgée de 63 ans, entre à l'hôpital de Lourcine le 10 novembre 1874, dans le service du Dr LANCEREAUX; elle accuse, comme antécédents morbides, une fièvre typhoïde et une fluxion de poitrine remontant à une époque éloignée qu'elle ne peut préciser; elle a eu sept accouchements faciles, le dernier à 38 ans. En 1869, elle fut prise de vomissements de sang abondants, qui se répétèrent plusieurs fois jusqu'en janvier 1873; ils ont disparu depuis cette époque, mais elle a conservé, à l'hypochondre gauche, une douleur dilacérante.

A son entrée à l'hôpital, on constate une anémie considérable; un teint jaune paille et un amaigrissement très-prononcé. La région stomacale est le siège de violentes douleurs, et on constate à ce niveau un empatement profond, mais aucune tumeur; le foie est volumineux; on observe sur la paroi abdominale des veines dilatées, le ventre est souple et indolore. Actuellement la nutrition se fait sans vomissements. La peau est transparente, mince, et conserve le pli qu'on lui imprime; elle est pigmentée; les muqueuses sont décolorées, les muscles sont atrophiés; on ne voit pas d'œdème; l'urine ne contient pas d'albumine.

L'auscultation du cœur fait observer le dédoublement du premier temps en deux bruits, mais aucun autre symptôme; la situation et le volume de cet organe sont normaux. Pas de fièvre; pouls normal, artères athéromateuses.

Le malade, qui tousse depuis longtemps, présente une expectoration muco-purulente et des râles cavernuleux aux deux sommets.

Les jours suivants, des vomissements alimentaires se produisent, elle accuse une sensation de brûlure à l'estomac pendant les deux heures qui suivent l'ingestion des aliments. Cet état continue jusqu'au 5 décembre, où elle meurt sans avoir présenté de nouveaux symptômes, si ce n'est des vomissements noirâtres pendant les deux derniers jours.

**AUTOPSIE.** Cœur de volume normal, ayant à sa surface péri-cardique des taches laiteuses ; rien à noter dans les cavités ni dans les valvules ; aorte athéromateuse parsemée, dans toute sa longueur de plaques blanches et jaunes ; les orifices des vaisseaux rénaux et du tronc coeliaque ne semblent ni malades ni rétrécis.

*L'artère pulmonaire* est occupée par un caillot, qui commence immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, acquiert le volume d'un œuf de pigeon, est blanchâtre, dur, a une surface polypeuse, adhère à la partie droite du tronc de l'artère, et se prolonge sur la branche droite qu'il a distendu et bourré en quelque sorte. Il s'étend à presque toutes les branches qu'il oblitère dans leur plus grande longueur ; néanmoins, les dernières ramifications sont perméables, et on y trouve des caillots noirâtres récents ; ce qu'on peut expliquer par l'anastomose avec les artères bronchiques. L'artère pulmonaire gauche est libre. Induration scléreuse très-limitée du sommet des poumons, avec quelques bronches dilatés ; pas de tubercules. A la partie inférieure du *poumon* correspondant à la lésion de l'artère pulmonaire, foyer de pneumonie suppurée, grise, sans odeur fétide et sans gangrène, du volume d'un œuf.

Épanchement purulent dans la cavité abdominale. État purulent de l'intestin. — *Ulcère de l'estomac*, situé sur la petite courbure, près du pylore, du diamètre d'une pièce de 5 francs, ayant détruit muqueuse et muscles et produit deux perforation oblitérées toutes deux par des adhérences épiploïques. Une de ces adhérences rompues a donné lieu à de la péritonite. L'examen microscopique des bords de l'ulcère n'a montré que des cellules embryonnaires en voie de dégénérescence graisseuse. La coronaire stomacique est visible au centre de l'ulcère, elle n'est plus perméable.

*Reins* petits, ayant l'enveloppe adhérente à la substance corticale atrophiée ; pyramides intactes.

**M. CHARCOT.** Il est évident que nous n'avons pas affaire ici à une thrombose ordinaire. La branche droite de l'artère pulmonaire est pour ainsi dire bourrée par le caillot, et il semble que celui-ci se soit formé par le dépôt de couches successives. Le centre du caillot est certainement moins ancien que la partie contiguë au vaisseau, et celle-ci est extrêmement adhérente à la paroi vasculaire. Aussi est-il fort important pour compléter l'observation, de chercher s'il n'y a pas une ulcération ou une lésion quelconque de cette paroi qui aurait été le point de départ de la thrombose. Cette hypothèse, qui pa-

rait assez vraisemblable, rendrait compte de la lenteur de l'évolution de la maladie.

M. RÉMY. La *dissection du caillot* de l'artère pulmonaire montre qu'il est très-adhérent, surtout au-dessus des valvules sigmoïdes; il a une sorte d'insertion fibreuse, cette insertion se fait au niveau d'une plaque athéromateuse; quand on cherche à le décoller, on enlève avec lui la membrane interne de l'artère pulmonaire. Une coupe faite perpendiculairement à la direction de celle-ci vers la profondeur du caillot, montre la membrane interne remplacée par de véritables bourgeons charnus s'enfonçant dans l'épaisseur du caillot.

**23. Ecrasement de la poitrine** (*Fractures multiples des côtes; fracture et enfoncement du sternum; luxation du sternum en arrière de la clavicule; emphysème sous-cutané; déchirure des poumons*); par M. GUYARD, interne des hôpitaux.

Benoît Guillaume, âgé de 58 ans, charretier, fut amené à l'Hôtel-Dieu (service de M. A. GUÉRIN), le 9 décembre 1874, à 9 heures du matin. Cet homme avait été renversé, une heure auparavant, par une voiture de maraîcher, dont une roue lui avait passé transversalement de droite à gauche sur la partie antérieure et supérieure du thorax.

On constata à la partie antérieure et surtout du côté droit de la poitrine un gonflement mal limité, d'une consistance molle, rénitent, élastique, et fournissant au doigt la sensation de la récapitation caractéristique de l'emphysème sous-cutané.

De plus, la palpation fit constater un enfoncement considérable de la paroi costale du côté droit, et une dépression notable de la partie supérieure du sternum. La moindre pression sur le thorax déterminait une crépitation osseuse appréciable au palper et même à l'oreille. Il existait évidemment là des fractures multiples des côtes et une fracture du sternum avec enfoncement du fragment supérieur. De plus, l'extrémité sternale de la clavicule gauche faisait une saillie considérable en avant du sternum : il y avait luxation.

L'état d'anxiété et de souffrance extrêmes dans lequel était le malade ne nous permit pas de faire un examen plus complet de la poitrine. — Le pouls était faible, assez fréquent. Le malade expira une demi-heure après son entrée à l'hôpital.

A l'AUTOPSIE, nous trouvâmes les lésions suivantes : Infiltration gazeuse du tissu cellulaire sous-cutané au niveau du thorax; contusion des muscles pectoraux du côté droit; fracture transversale du sternum, s'étendant du 3<sup>e</sup> espace inter-

costal droit au 3<sup>e</sup> espace intercostal gauche; enfoncement du fragment supérieur.

Du côté droit du thorax : fractures multiples des sept premières côtes et des cartilages costaux correspondants, dépression considérable de plusieurs fragments. Du côté gauche : fractures des quatre premiers cartilages costaux et des extrémités antérieures des côtes correspondantes.

La *luxation de l'articulation sterno-claviculaire* gauche, constatée pendant la vie, était complète. Tous les ligaments étaient rompus. Il y avait là en apparence une luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule; mais en tenant compte de l'enfoncement de la partie supérieure du sternum, qui était de 3 centimètres environ, on est autorisé à dire que dans ce cas, il y a eu véritablement luxation du sternum en arrière de la clavicule, car celle-ci avait conservé tous ses rapports normaux.

Quant aux *lésions viscérales*, elles étaient aussi très-étendues. Les deux plèvres costales étaient déchirées, perforées en plusieurs endroits par les extrémités des côtes. Les poumons présentaient sur leur face antérieure de nombreuses déchirures. Au voisinage de celles-ci, le parenchyme pulmonaire était le siège d'un emphysème intervésiculaire des plus manifestes. Les cavités pleurales, droite et gauche, contenaient quel ques cuillerées de sang pur. A l'ouverture de la cage thoracique, les deux poumons étaient fortement appliqués contre la colonne vertébrale, aucune adhérence ne les reliait du reste à la paroi thoracique. Le tissu cellulaire du médiastin était infiltré de sang, ecchymosé en certains points. Le péricarde ne présentait aucune solution de continuité, mais son feuillet viscéral présentait, au niveau de la face antérieure du ventricule gauche du cœur, une plaque ecchymotique, évidemment due à la contusion de ce viscère. Pas de fracture des vertèbres. Le foie présentait au niveau de son bord postérieur une contusion superficielle de 2 centim. de diamètre.

Rien du côté des autres organes abdominaux, reins, rate, estomac, intestin, vessie.

**24. Note sur les lésions anatomiques observées dans un cas d'atrophie musculaire progressive; par M. E. TROISIER (1).**

Decours, chaudronnier, âgé de 27 ans, entré à la Pitié le 9 avril 1873, (service de M. VULPIAN); mort le 11 novembre 1873, était atteint d'atrophie musculaire progressive depuis quinze

---

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.  
SOC. ANAT.

mois environ. La marche de la maladie a donc été très-rapide et c'est à ce point de vue, un fait tout-à-fait exceptionnel. L'impotence motrice et l'atrophie, survenues sans cause apparente, s'étaient d'abord montrées aux membres supérieurs; l'épaule droite avait été la première atteinte. Les muscles du tronc et de la partie postérieure du cou se prirent successivement; enfin les intercostaux et le diaphragme. La mort survint par asphyxie, sous l'influence d'une bronchite et de l'introduction répétée des matières alimentaires dans les voies aériennes. Il était survenu dans les derniers temps des troubles de la déglutition et de la prononciation. Les mains et les avant-bras furent presque complètement respectés. La contractilité électrique était conservée dans les muscles atteints; elle s'affaiblit et disparut, quelque temps seulement avant la mort, dans les deltoïdes, une portion des trapèzes et des grands dorsaux. Les attitudes et les déformations des parties atrophiées étaient en rapport avec les lésions musculaires, et telles qu'elles ont été décrites par M. Duchenne (de Boulogne) dans des cas semblables. Je n'insiste pas davantage sur le côté clinique de cette observation. Je ne m'occuperai ici que des lésions des muscles et du système nerveux.

MUSCLES. L'atrophie a porté principalement, mais d'une façon très-inégale, sur les muscles suivants: les grands dorsaux, les trapèzes, les rhomboïdes, les grands complexus, les deltoïdes, les grands et les petits pectoraux.

L'examen microscopique à l'état frais a été fait sur les parties atrophiées du grand complexus droit. Le tissu interstitiel y est très-abondant et contient une quantité assez considérable de vésicules adipeuses. Les fibres musculaires sont de dimensions très-inégales, leur striation transversale est très-nette; ils ne présentent aucune trace de stéatose. Les noyaux musculaires ne sont pas très-abondants.

Quelques muscles ont été placés dans le liquide de Müller, puis durcis dans la gomme et l'alcool. Sur des préparations faites dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, colorées au picro-carminate et conservées dans la glycérine, on voit que le tissu conjonctif interstitiel est très-développé par places, sans multiplication nucléaire appréciable, et rempli très-inégalement de vésicules adipeuses. Quant aux fibres musculaires, elles sont groupées sous forme de faisceaux de volume variable. Le fait principal consiste en une atrophie simple des fibres elles-mêmes, qui présentent, pour la plupart, des dimensions bien inférieures aux dimensions normales; la largeur moyenne de ces fibres est de 0,<sup>mm</sup>009 à 0,<sup>mm</sup>010; quelques-unes n'ont que 0,<sup>mm</sup>004 à 0,<sup>mm</sup>005. A côté de ces fibres très-atrophiées, on en voit qui ont 0,<sup>mm</sup>025 et 0,<sup>mm</sup>030 de lar-



geur, que l'on peut considérer comme normales et prendre pour termes de comparaison. Je n'ai remarqué nulle part de gaines de sarcolemme vides. La striation s'observe très-nettement, même sur les plus minces des fibres, les noyaux du sarcolemme ne sont pas plus abondants qu'à l'état normal. A l'intérieur des fibres, on ne voit en aucun point de granulations graisseuses.

**SYSTÈME NERVEUX.** — L'encéphale ne présente pas de lésion. Tous les nerfs crâniens, à l'exception des spinaux et des hypoglosses présentent un aspect et un volume tout-à-fait normaux. Les nerfs spinaux (racines bulbaires et racines spinales) sont très-atrophiés, et présentent une coloration moins blanche que les nerfs sains. Les nerfs grands hypoglosses sont également très-atrophiés; ils sont grisâtres et demi-transparents.

Le bulbe rachidien et la moelle épinière ne présentent pas d'atrophie ni d'asymétrie bien appréciable. La pie-mère est un peu épaissie et congestionnée, à partir du bulbe jusqu'à la partie inférieure du renflement cervical; au-dessous du bec du *calamus*, on trouve, dans l'épaisseur de la pie-mère, trois petits caillots lenticulaires, noirâtres. Il existe en outre sur le bulbe et la partie supérieure de la moelle une teinte gris-brunâtre, qui n'est que l'exagération de la pigmentation normale de ces parties; elle se voit sur la face postérieure des deux côtés, jusqu'à la seconde paire rachidienne; au-dessous, elle se localise du côté droit, en avant et en arrière, et s'étend progressivement entre la quatrième et la cinquième.

La substance grise, sur une coupe pratiquée entre la troisième et la quatrième paire, offre une teinte rosée, surtout du côté droit. La substance blanche présente un aspect absolument normal. — Les racines postérieures des nerfs rachidiens sont intactes.

Les huit premières racines antérieures du côté droit sont très-atrophiées; elles offrent une teinte grisâtre et un aspect à demi-transparent. L'atrophie porte surtout sur la 1<sup>re</sup>, la 2<sup>e</sup>, la 3<sup>e</sup>, la 4<sup>e</sup>, la 5<sup>e</sup>; elle est moins prononcée sur la 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup>. A partir de la 8<sup>e</sup>, les racines paraissent reprendre leurs dimensions normales. — Les racines antérieures du côté gauche, surtout les quatre premières, sont également atrophiées, mais moins que celles du côté droit; les quatre suivantes le sont aussi, mais à un degré moindre encore. Les racines antérieures des régions dorsale et lombaire ne présentent pas d'atrophie appréciable.

Examen microscopique d'une racine du *spinal*: Elle contient un bon nombre de tubes nerveux larges, pourvus de myéline; mais le plus grand nombre des tubes nerveux sont diminués de largeur, très-inégalement; on voit tous les inter-

médiaires, depuis l'état normal ou à peu près normal, jusqu'au degré le plus avancé de l'atrophie. Les tubes excessivement minces, ne représentant approximativement que le dixième des tubes les plus larges, contiennent encore de la myéline, qui n'est pas granuleuse. L'addition de soude à la préparation n'y fait pas apparaître de granulations graisseuses.

Examen d'une racine du grand *hypoglosse droit*: la plus grande partie du nerf est composée de tubes nerveux larges, pourvus de myéline; un petit nombre de tubes présentent des dimensions transversales inférieures à la normale.

*Nerfs proprement dits: nerf circonflexe droit.* (Préparation faite à deux centimètres environ du point où le nerf pénètre dans le muscle deltoïde.) — A côté de tubes qui ont les apparences et les dimensions de tubes normaux, avec le cylindre-axe très-apparent, en trouve des tubes de moitié moins larges, mais pourvus de myéline non fragmentée (état normal?)

*Grand sympathique; cordon cervical.* Les fibres qui le constituent ne sont nullement altérées; elles ne contiennent pas de granulations graisseuses et leurs dimensions sont normales.

Les ganglions du grand sympathique ont été examinés seulement à l'œil nu, et ne paraissent offrir aucune altération (1).

*Moelle épinière.* — L'examen n'a été fait qu'après durcissement de l'organe dans une solution faible d'acide chromique; les préparations ont été colorées au carmin, placées successivement dans l'alcool absolu et l'essence de girofle, et conservées dans le baume du Canada.

La région cervicale est celle où l'altération est le plus avancée. Les cornes antérieures ne sont pas amoindries dans leurs dimensions et ne présentent pas d'asymétrie entre elles.

A un faible grossissement, permettant d'envisager chaque corne dans son ensemble, on remarque que presque toutes les grandes cellules nerveuses ont disparu. On n'en voit que quelques-unes dans chaque préparation, tant à gauche qu'à droite; le groupe externe, correspondant au *tractus inter-medio-lateralis*, paraît être moins atteint que les deux autres, car il est encore représenté par quatre ou cinq cellules. Les groupes antérieurs n'existent plus, à proprement parler, et l'on ne distingue à leur niveau que deux, trois cellules, rarement quatre, dont les dimensions sont normales. Elles mesurent 0,<sup>mm</sup>025 à 0,<sup>mm</sup>030, et sont munies de longs prolongements.

---

(1) Voy. à ce sujet: *Note sur l'état du système nerveux sympathique dans un cas d'atrophie musculaire progressive*, par le D<sup>r</sup> A. Lubimoff. *Société anat.*, 1874, p. 396.

A un fort grossissement (250 d.) on aperçoit dans la partie antérieure des cornes un assez grand nombre de cellules nerveuses, mais dont les dimensions sont bien inférieures à celles qui viennent d'être indiquées; les plus petites mesurent 0,<sup>mm</sup>009 à 0,<sup>mm</sup>010 et l'on observe entre elles et les plus grandes tous les intermédiaires. Les cellules en voie d'atrophie possèdent encore des prolongements, mais ceux-ci sont d'autant plus courts que le volume du corps de la cellule est moindre, et finissent par disparaître tout-à-fait. Aussi les cellules arrivées au dernier degré de l'atrophie ne sont-elles plus représentées que par de petites masses irrégulières. L'état granuleux du protoplasma n'est pas plus marqué qu'à l'état normal; la pigmentation de quelques cellules seulement est assez fortement prononcée. Le noyau persiste dans toutes les cellules, même dans les plus petites.

Cette altération se retrouve à peu près uniformément avec la même localisation dans toute la hauteur de la région cervicale; elle s'atténue dans les parties inférieures du renflement et diminue également dans la portion sous-bulbaire, bien qu'à ce niveau encore elle soit très-prononcée. Elle est un peu plus étendue à droite qu'à gauche.

Les cellules qui persistent et celles qui sont altérées représentent-elles la totalité des cellules préexistantes? Cela n'est pas probable, et je crois qu'un bon nombre des grandes cellules qui constituent les groupes antérieurs ont disparu sans laisser de traces; mais je ne puis exprimer ce nombre en chiffres, à cause des difficultés d'observation. Dans les numérations peut-être un peu approximatives que j'ai faites, je me suis gardé de considérer comme des cellules en voie d'atrophie les cellules normales, de moyenne et de petite dimension, situées au voisinage des groupes antérieurs et externes, et vers la partie centrale de la corne antérieure; ces cellules ont persisté ici. Pour éviter cette erreur, j'ai comparé mes préparations à d'autres, faites au même niveau sur une moelle saine d'adulte, qui m'ont été obligeamment remises par M. Pierret.

Les cornes antérieures ne présentent presque rien à noter, en dehors de cette atrophie des grandes cellules. La substance granuleuse offre un aspect tout à fait normal; les noyaux de la névroglie ne sont pas très-abondants. On y observe seulement un assez grand nombre de vaisseaux capillaires, et çà et là, un épaississement de la paroi des artéioles.

Le canal central est oblitéré par des cellules épithéliales. La commissure est saine. Les cornes postérieures de substance grise sont tout à fait intactes. Il en est de même des cordons postérieurs et des cordons antéro-latéraux. Au niveau de la

pigmentation des méninges, on voit dans l'épaisseur de la pie-mère des cellules fusiformes contenant du pigment brunâtre et des amas irréguliers de granulations pigmentaires.

Le noyau bulbaire du spinal, tant à droite qu'à gauche, ne présente pas d'altération bien manifeste; les cellules y paraissent en nombre suffisant et sont de dimensions normales. Les noyaux des hypoglosses, examinés seulement dans leur quart inférieur (coupes faites à 1 centimètre au-dessus du bec du *calamus*), paraissent sains. Quelques cellules sont fortement pigmentées; elles présentent toutes des dimensions normales.

Dans la région dorsale de la moelle épinière, on trouve, surtout dans la partie supérieure, des cellules nerveuses atrophiées; il y en a même encore au niveau du renflement dorso-lombaire; mais à partir de la quinzième paire rachidienne environ, l'altération est si peu prononcée qu'on peut dire qu'elle n'existe plus. Les colonnes vésiculaires de Clarke sont conservées et intactes dans toute leur étendue.

Ainsi, l'autopsie a montré qu'il existait, dans ce cas, une lésion de la moelle épinière exclusivement caractérisée par l'atrophie simple et la disparition du plus grand nombre des cellules nerveuses des cornes antérieures de la région cervicale. Il s'agit donc ici d'une atrophie musculaire vraie ou topathique (1).

Quelle a été la nature du processus morbide? L'atrophie s'est-elle développée sans avoir été précédée d'aucun travail irritatif, ou dépend-elle d'un état subinflammatoire de la substance grise? L'absence de multiplication des noyaux de la névroglie me fait pencher vers la première hypothèse plutôt que vers la seconde. Cette interprétation diffère, à quelques égards, de celle qu'on a donnée à propos des faits d'atrophie musculaire progressive dont on a publié l'examen histologique. Mais je ne puis m'empêcher d'attacher une certaine importance au fait actuel, où l'on a pu, grâce à l'âge peu avancé des lésions, les surprendre, pour ainsi dire, sur le fait, et sans aucune complication consécutive.

Que cette altération des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière soit, ou non, d'origine inflammatoire, elle doit être considérée, dans l'ordre chronologique des lésions,

---

(1) Sous le nom de *deutéropathiques*, M. Charcot a décrit les atrophies qui surviennent dans le cours de la sclérose symétrique des cordons latéraux, de la pachyméningite cervicale hypertrophique, etc.; l'altération de la substance grise à laquelle elles sont liées n'est elle-même que consécutive. (Leçons sur les mal. du syst. nerveux, 1874. *Prog. méd.*)

comme la lésion primitive et comme celle d'où dépendent toutes les autres.

L'observation précédente vient donc apporter un nouvel appui à l'opinion déjà émise par Cruveilhier sur le mode pathogénique de l'atrophie musculaire progressive. Les lésions des racines antérieures et des nerfs moteurs n'ont qu'une importance secondaire dans l'ensemble morbide; elles ne sont qu'une conséquence de l'atrophie ou de la disparition des cellules dites motrices de la moelle épinière, cellules qui jouent, par rapport aux filets nerveux et par rapport aux muscles, le rôle de centres trophiques.

J'ai insisté, dans la description histologique des muscles, sur ce fait que les lésions qu'ils présentaient consistaient en une atrophie simple, sans dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires; aujourd'hui, l'on s'accorde à considérer cet état anatomique comme la règle (1); le tissu interstitiel peut être plus ou moins chargé de graisse sans qu'il y ait, à proprement parler, de stéatose musculaire. La striation persiste jusqu'à la dernière limite dans les fibres atrophiées.

Je n'ai pas observé, dans ce cas, de multiplication des noyaux du sarcolemme, altération sur laquelle M. Hayem a particulièrement attiré l'attention (2). M. Hayem, à qui j'ai fait voir mes préparations, pense que cela est en rapport avec la courte durée de la maladie: les signes d'irritation musculaire ne surviendraient que dans les cas chroniques, longtemps après le développement de l'atrophie.

M. CHARCOT. L'observation de M. Troisier est très-importante. Cliniquement, elle se rapporte au type qui a été étudié par Aran et M. Duchenne, type que l'on pourrait désigner sous le nom de type clinique Aran-Duchenne. Mais elle est surtout intéressante au point de vue anatomo-pathologique. Il n'existe en effet qu'un très-petit nombre de faits dans lesquels on ait étudié la relation entre l'atrophie musculaire pure et la lésion des cornes antérieures. M. Hayem en a publié un cas, j'en ai recueilli deux pour mon compte, et l'observation de M. Troisier est la quatrième. — Je parle seulement ici des atrophies musculaires vraies, protopathiques; car les faus-

---

(1) Charcot, *Prog. méd.* n° 41. — Les premiers observateurs avaient surtout été frappés par l'atrophie granulo-graisseuse d'un certain nombre de faisceaux musculaires (Mandl, Galliet, Lebert, Cruveilhier, Aran, Duchenne.)

(2) Note sur un cas d'atrophie musculaire progressive, *Arch. de phys. norm. et path.* 1869, p. 263.

ses atrophies musculaires, celles qui répondent à d'autres types, sont beaucoup plus nombreuses ; ainsi, la sclérose latérale amyotrophique est sous ce rapport beaucoup mieux connue ; j'en ai observé 5 cas et j'ai pu recueillir dans les auteurs une dizaine d'observations complètes. Il en est de même pour plusieurs autres affections dans lesquelles l'atrophie musculaire n'est qu'une épiphiénomène.

J'appelle aussi l'attention sur les lésions musculaires observées par M. Troisier : il a parfaitement constaté que les fibres musculaires étaient atrophiées, mais non grassieuses, et c'est en effet ce que l'on constate dans tous les cas analogues, avec la plus grande facilité. Je comprends à peine comment les observateurs, et même les meilleurs, ont pu croire à une dégénérescence grasseuse des fibres musculaires. Ce qui les a probablement induits en erreur, c'est que, souvent, il existe une lipomatose interstitielle ; les fibres musculaires sont atrophiées, mais en outre séparées par une quantité plus ou moins considérable de grasse, mais jamais je n'ai vu de stéatose des fibres elles-mêmes.

**25. Luxation ancienne du radius en arrière, chez un homme atteint d'exostoses multiples ;** par M. Ch. H. PETIT, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un homme de 28 ans, mort le 26 novembre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. PÉTER.

Ce malade, entré le 25 novembre au soir, avec des symptômes de méningite, n'a pu nous donner sur l'origine de sa lésion du coude des renseignements précis ; tout ce que nous avons pu en savoir, c'est qu'elle datait de son enfance, et qu'elle était le résultat d'un traumatisme.

Le coude présentait une augmentation de volume assez notable, paraissant porter surtout sur l'extrémité inférieure de l'humérus et sur l'olécrâne. Les deux os de l'avant-bras semblaient plus rapprochés l'un de l'autre, à leur partie supérieure, qu'ils ne le sont normalement. Les mouvements de flexion et d'extension étaient assez limités ; ceux de pronation et de supination étaient conservés. Le malade présentait, en outre, en divers points de son squelette, des exostoses très-manifestes, qui feront le sujet d'une communication ultérieure.

La pièce étant enlevée et disséquée, on constate les particularités suivantes : On remarque, d'abord, une mobilité anormale du cubitus sur l'humérus ; ce dernier os étant fixé,

on peut imprimer au squelette de l'avant-bras des mouvements de latéralité assez marqués. Dans l'état de flexion de l'articulation à angle droit, la cupule radiale se trouve sur le trajet d'une ligne verticale, abaissée du sommet de l'épicondyle; elle est parfaitement reconnaissable, au doigt et à la vue, au-dessous de cette apophyse, malgré l'épaisseur de la couche ligamenteuse qui la recouvre. Le ligament antérieur et le ligament postérieur de l'articulation du coude présentent un épaississement considérable. L'épitrochlée a complètement perdu sa forme habituelle. Elle est remplacée par une saillie osseuse, qui se prolonge jusqu'au-dessous du niveau du bord interne de la trochlée, et qui le double en quelque sorte. Le bord de cette saillie anormale est inégal, rugueux, d'aspect rosé, avec quelques points blanchâtres et cartilagineux. D'avant en arrière, elle mesure trois centimètres environ; et avant et en bas, elle dépasse le bord interne de la trochlée de près d'un centimètre. En arrière, elle déborde le niveau de la trochlée d'un centimètre et demi, à peu près, et envoie un prolongement rugueux dans la fossette olécraniennne. Le ligament latéral interne s'insère dans la rainure qui la sépare de la trochlée.

L'épicondyle est considérablement augmenté de volume. Immédiatement au-dessous de lui, dans l'épaisseur du ligament latéral externe, existe une petite masse irrégulièrement arrondie, grosse comme un petit haricot, cartilagineuse à la surface, osseuse au centre. Le ligament latéral externe, épais, s'insère sur toute la surface de ce noyau et sur tout l'espace qui le sépare du bord externe de la trochlée. La partie inférieure de la saillie épicondylienne est à un centimètre et demi environ au-dessus du niveau du bord correspondant de la trochlée; mais la présence de la petite masse osseuse, que nous avons signalée sous l'épicondyle, amoindrit cette différence de niveau, et la réduit à 6 ou 7 millimètres. Il n'y a plus trace du condyle huméral. Le bord interne de la trochlée, très-épais, est séparé de l'épicondyle par une dépression profonde de 5 à 6 millimètres, large de un centimètre en moyenne, et disposée en forme de gorge dont la concavité regarde en bas et en dehors.

La trochlée est élargie dans ses deux tiers antérieurs. Dans son tiers moyen, la gorge est complètement effacée, et remplacée par une légère saillie arrondie transversalement; la couche cartilagineuse y est notablement plus épaisse que sur son tiers supérieur. Son tiers postérieur est irrégulièrement arrondi, bosselé, et donne attache, par ses parties latérales, à une lame fibreuse épaisse et résistante, qui, de là, va s'insérer au fond de la grande échancrure sigmoïde du cubitus. Cette lame fibreuse cloisonne incomplètement l'articulation en deux

parties, antérieure et postérieure. Les bosselures du tiers postérieur de la trochlée sont séparées de l'épicondyle par une dépression, assez marquée en bas, mais qu'effacent, en arrière et en haut, des saillies osseuses, mamelonnées et légèrement encroûtées de cartilage. La fossette olécranienne se trouve, par suite de la déformation des parties qui la circonscrivent, notablement diminuée d'étendue, et incapable d'admettre un bec d'olécrâne normal.

Toute l'extrémité inférieure de l'humérus est augmentée de volume, surtout dans le sens antéro-postérieur; nous en donnerons une idée, en disant que son épaisseur, mesurée du fond de la fossette olécranienne à la partie antérieure et supérieure de la trochlée (il n'y a plus de trace de fossette coronoïdienne), atteint presque 2 centimètres.

L'olécrâne est inégalement renflé à son sommet et un peu étranglé à sa base. Ses bords sont inégaux, bosselés, encroûtés de cartilage par places. Le fond de la grande cavité sigmoïde présente, dans la hauteur d'un travers de doigt et dans toute sa longueur, une dépression, au niveau de laquelle le revêtement cartilagineux a presque complètement disparu, et n'est plus représenté que par quelques petits mamelons isolés. Cette dépression augmente notablement la profondeur de l'échancrure sigmoïde, et substitue, à la courbure normale du fond de celle-ci, un angle presque droit.

L'apophyse coronoïde est augmentée de volume et fait en avant une saillie assez forte. La face supérieure est presque complètement plane. Son bord interne présente en arrière des bosselures saillantes qui se continuent avec celles du bord correspondant de l'olécrâne. Le bord externe du cubitus porte, à la hauteur de l'apophyse coronoïde, un ostéophyte lamelleux, qui fait en dehors une saillie de près de un centimètre. La face antérieure de cet ostéophyte se continue avec la face externe de l'apophyse coronoïde, pour former une surface lisse, sur laquelle roule le col du radius. Cette nouvelle petite cavité sigmoïde est beaucoup plus considérable que la cavité sigmoïde normale, dont on retrouve à peine un léger vestige; elle n'est pas encroûtée de cartilage, et ne se distingue des parties sous-jacentes de l'os, dont la séparent les insertions du ligament annulaire, que par un état un peu plus lisse.

La tête du radius est recouverte par le ligament annulaire et la partie postérieure du ligament latéral externe, considérablement épaissis. Elle est logée dans une cavité, limitée, en dehors et en arrière par ces ligaments; en dedans et en haut, par quelques faisceaux ligamenteux qui se portent du bord externe de l'apophyse coronoïde à la gorge située entre la trochlée et l'épicondyle; en dedans et en bas, par la nouvelle



petite cavité sigmoïde que nous avons décrite plus haut. Elle est très-notablement augmentée de volume, et a pris une forme globuleuse.

La cupule radiale est réduite à une petite excavation de 1 cent. de diamètre environ, au fond de laquelle il n'y a plus de cartilage; autour de cette cupule, le cartilage forme une surface arrondie qui se perd, sans ligne de démarcation nette, sur le col du radius.

M. DESPRÉS. J'ai observé une déformation du coude, absolument semblable à celle-ci, chez deux malades qui avaient eu, anciennement, une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ces sortes de fractures sont très-souvent méconnues sur le vivant.

M. GIRALDÈS. Je ne partage nullement l'avis de M. Després. Chez les enfants, les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont assez fréquentes; il est toujours facile de les reconnaître et la seule chose difficile est de les traiter. On les guérit toujours, mais avec des déformations; et ces déformations ne sont pas celles que l'on voit ici. Dans le cas actuel, il s'agit d'une luxation méconnue, à la suite de laquelle se sont produites les exubérances que l'on constate.

M. DESPRÉS. Les déformations, dont parle M. Giraldès, sont bien rares à la suite de luxations. Quant au diagnostic des fractures, chez les enfants comme chez les adultes, je persiste à dire qu'il est difficile et souvent impossible, lorsque l'on voit le blessé un certain temps (24 heures par exemple) après l'accident. Il existe alors du gonflement et de la douleur qui gênent singulièrement l'examen.

M. GIRALDÈS. On peut toujours faire le diagnostic après avoir chloroformisé le malade. Chez les enfants, l'anesthésie devrait être employée, pour préciser le diagnostic, beaucoup plus souvent qu'elle ne l'est.

M. MERCIER. J'ai présenté autrefois à la Société Anatomique une fracture du coude qui simulait complètement une luxation externe. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

**26. Môle hydatiforme; hémorrhagies; expulsion; guérison;** par M.-P. BUDIN, interne des hôpitaux.

Le 23 novembre 1874, la nommée Rosalie R..., âgée de 38 ans, était envoyée dans le service de M. L. LABBÉ, à l'hôpital de la Pitié, pour des pertes abondantes. L'interne de garde,

appelé dans l'après-midi, ordonna de coucher cette femme en lui maintenant le siège élevé, d'appliquer des compresses glacées sur son ventre, etc... L'hémorrhagie cessa. Le lendemain 24 novembre, la malade fournit les renseignements suivants : elle était habituellement bien portante ; elle avait été réglée dès l'âge de 12 ans et s'était marié à 16. A 18 ans elle devint enceinte ; elle accoucha à terme, fut nourrice, redevint de nouveau enceinte, etc. ; elle eut ainsi successivement 9 enfants qu'elle éleva elle-même, sans que jamais ses règles vinssent à paraître.

De 18 à 34 ans passés, elle ne fût donc jamais menstruée. Le 18 août 1872, elle accoucha de son 10<sup>e</sup> enfant ; elle fut nourrice et ses règles ne reparurent qu'en janvier 1874. A la fin de mai (1874) ses règles cessèrent ; des nausées et des vomissements survinrent, des picotements du côté des seins, des pertes blanches ; elle était enceinte. A son grand étonnement, 3 mois plus tard, elle vit survenir un écoulement de sang peu abondant, mais continu ; à la fin du quatrième mois de sa grossesse elle remarqua que son ventre augmentait rapidement de volume, si bien que, un mois plus tard, elle aurait pu d'après le développement de son abdomen, se croire arrivée à terme. Les pertes continuèrent, et dans la nuit du 20 au 21 novembre, elles devinrent excessivement abondantes. Dans la journée du 22, l'écoulement de sang fut un peu moins considérable, mais l'hémorrhagie reparaisant avec une grande intensité et s'accompagnant de violentes coliques, la malade se rendit à l'hôpital ; une fois couchée, il lui sembla qu'elle expulsait des caillots, puis le sang cessa presque complètement de couler. En examinant cette malade, on lui trouva les seins développés, autour de chaque mamelon était une auréole noire, les tubercules de Montgomery étaient saillants, et en pressant sur la glande on fit sortir du lait. Il y avait eu évidemment grossesse. En palpant l'abdomen dont les parois étaient fort épaisses, on sentit le globe utérin revenu sur lui-même et faisant saillie à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du pubis. En cherchant dans les linges qui avaient été mis sous la malade la veille, et retirés remplis de sang, on trouva un grand nombre de grappes, d'un blanc rosé, dont quelques-unes de couleur grisâtre avaient été évidemment formés quelques jours avant leur expulsion. Les grains qui par leur réunion constituaient les grappes étaient de volume variable, quelques-uns semblables à des grains de mil, d'autres à des grains de raisin, d'autres enfin étaient presque aussi gros que des œufs de pigeon. C'était une môle hydatiforme, et sa présence dans la cavité utérine avait été jusqu'au moment de son expulsion la cause des hémorrhagies. On ne trouva

que des portions de membranes et on ne pût reconnaître aucune trace du fœtus. La malade était excessivement faible, elle avait des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, etc. On ordonna de continuer la situation horizontale, de faire boire une potion contenant 60 grammes de rhum, de donner des potages, etc.

25 *Novembre*. Fièvre, soif vive, peau chaude, température axillaire 39°, 2, quelques douleurs dans le ventre, mais elles n'occupent aucun point fixe. Écoulement lochial fétide. On ordonne des injections vaginales avec une solution de chloral au centième. — *Soir* T. A. 39°. — 0,75 centig. de sulfate de quinine. La malade vomit pendant la nuit.

26 *Novembre*. Peau bonne T. A. 36°, 4. P. 84. Aucune douleur abdominale. Les lochies ne sont plus fétides, les seins contiennent une certaine quantité de lait.

Les jours suivants, l'état de la malade s'est amélioré d'une façon continue, et elle a quitté l'hôpital complètement guérie.

RÉFLEXIONS. Nous relèverons, dans cette observation de grossesse molaire hydatiforme ou vésiculaire, les particularités suivantes : il n'a été possible de retrouver aucun débris du fœtus, qui, mort sans doute pendant les premiers temps de la grossesse, avait été probablement résorbé ; il faut aussi faire remarquer l'âge avancé de la malade qui avait 38 ans, et le grand nombre de grossesses antérieures (10) qui étaient toujours parvenus à terme : ces deux conditions, âge avancé de la mère, et nombreux accouchements antérieurs ont été signalées souvent dans les grossesses molaires.

Aucune chute, aucune contusion, ne peut expliquer le développement anormal de cette grossesse. La malade n'a jamais eu la syphilis, elle n'a jamais présenté aucun symptôme d'affection utérine ; on ne peut donc invoquer dans ce cas, comme cause, l'existence d'une métrite chronique (Wirchow).

En ce qui concerne les symptômes, on remarquera : 1° les hémorrhagies apparaissant d'une façon continue à la fin du troisième mois de la grossesse ; 2° le développement très-rapide du ventre, sur lequel M. le professeur Depaul a appelé l'attention, développement qui fut tel, que, arrivée au sixième mois, la malade eût pu se croire à terme ; 3° l'expulsion des mûres qui constitue le signe pathognomonique de cette affection.

Enfin, nous ferons remarquer que cette malade a pu rester — depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 34 ans, sans voir reparaitre ses règles. Elle eut dans cet intervalle neuf enfants et fut alternativement enceinte et nourrice. Elle resta donc 16 années sans être réglée. Ce fait prouve une fois de plus que l'ovu-

lation et la menstruation peuvent être deux phénomènes indépendants l'un de l'autre.

**27. Membranes d'hydatides rendues par les vomissements;**  
par M. MARTIN, interne des hôpitaux.

B. E. âgée de 36 ans, cuisinière, entre le 26 mars 1874 à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 49 (service de M. BERNUTZ). Cette femme, bien réglée et d'une bonne santé habituelle, aurait eu, il y a deux ans, sans cause connue, une métrorrhagie assez abondante, accompagnée de douleurs vives dans l'abdomen et de vomissements bilieux. Ces accidents ont duré environ deux mois, puis ont entièrement disparu. Depuis six mois, elle ressent de nouveau des douleurs, siégeant tantôt à l'hypochondre gauche, tantôt à l'hypochondre droit, douleurs accompagnées de dyspnée. Depuis deux mois, les douleurs se sont généralisées, elles occupent les genoux, les épaules, et il existe de l'anorexie et un peu de fièvre; dégoût pour les viandes et surtout pour les matières grasses, avec amertume de la bouche depuis la même époque. Depuis six semaines environ, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, revenant presque chaque jour et s'accompagnant chaque fois d'une *épistaxis* de moyenne abondance. Enfin, il y a trois semaines, la malade aurait rendu, en deux fois, un litre environ d'une sérosité jaune clair assez fétide. Depuis lors elle a eu six vomissements, dont deux ont été accompagnés de filets de sang, de matières noirâtres à odeur fétide et de fragments de membranes blanchâtres.

Entrée le 26 novembre à la Charité pour des douleurs rhumatismales occupant les épaules, les genoux, accompagnées d'un peu de fièvre, elle est traitée par le sulfate de quinine à haute dose. Au bout de peu de jours, les douleurs diminuent, mais à partir du 1<sup>er</sup> décembre, la malade se plaint de sueurs froides, de gêne dans la respiration, et de douleurs assez vives au niveau de l'hypochondre droit. La face est vultueuse, les veines de la face sont le siège d'une dilatation varicueuse. L'embonpoint excessif de la malade ne permet pas de délimiter à la percussion la matité du foie.

3 décembre. Sentiment d'angoisse et de pesanteur au creux épigastrique; la malade a vomi ce matin des matières noirâtres à odeur fécaloïde.

4 décembre. La pesanteur épigastrique, les nausées persistent; la malade rend à cinq heures du soir, par les vomissements, un mélange de matières noirâtres et d'aliments incomplètement digérés. En examinant avec soin ces matières qui présentent une odeur très-fétide, on découvre un lambeau de membrane

de couleur blanche, long de 12 centimètres environ sur 10 de large. Cette membrane, assez épaisse, est facile à dédoubler en plusieurs feuillets superposés. L'examen microscopique d'une coupe pratiquée dans son épaisseur montre qu'elle est formée d'une série de feuillets superposés, et que c'est évidemment un fragment de membrane hydatique. Outre ce fragment volumineux, il en existe plusieurs autres de dimension beaucoup moins considérable. Les vomissements sont survenus brusquement et n'ont pas été précédés de quintes de toux. Glace, lait, une pilule opium.

5 décembre. La nuit a été bonne, encore un peu de pesanteur épigastrique. A l'auscultation du thorax, on perçoit un peu de frottement tout-à-fait à la base du côté droit. La palpation pratiquée au-dessous du rebord des fausses côtes à droite est un peu douloureuse, et il existe à ce niveau un sentiment de pesanteur ; le foie ne paraît pas déborder les fausses côtes, et la matité hépatique ne remonte qu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

6 décembre. Pesanteur épigastrique, nausées, haleine fétide. A la suite d'un vomitif, la malade rend de la bile, mais plus de fragments d'hydatides, diarrhée jaune fétide.

7 décembre. La malade est soulagée, encore un peu de douleurs sous le rebord des fausses côtes à droite.

8 décembre. L'appétit reparait, les nausées ont disparu.

10 décembre. Le mieux continue, la malade quitte l'hôpital le 18 décembre, ne ressentant plus aucune douleur et ayant recouvré l'appétit.

**28. Kyste hydatique de la rate ouvert dans la plèvre; pleurésie purulente enkystée. — Kystes hydatiques disséminés dans tous les organes abdominaux; par M. Rey, interne des hôpitaux.**

Durosier Catherine, 32 ans, couturière, entre le 2 avril 1874, salle Sainte-Elisabeth, n° 6, hôpital Lariboisière, service de M. Guyot, ayant tous les signes d'une pleurésie purulente dont le début remonte à une quinzaine de jours et dont on ne peut trouver la cause; pas de tubercules, pas de fatigue.

4 avril. Une ponction avec l'appareil Potain donne un litre et demi de pus. — 11 avril. 2<sup>e</sup> ponction: trois ou quatre cuillerées de pus.

14 avril. On s'aperçoit que la rate est grosse, et qu'il y a en outre, dans la région ombilicale, deux tumeurs intra-abdominales, mobiles, du volume d'un œuf. Différents diagnostics sont portés. La malade, traitée par les toniques, et plus tard

par l'eau froide, guérit complètement de sa pleurésie et sortit à la fin d'août avec un état général excellent, mais avec une rate descendant jusqu'à la crête iliaque. La tumeur était lisse, dure, complètement indolente, à bord antérieur tranchant.

17 septembre. La malade rentre au n° 10 avec tous les signes d'une nouvelle pleurésie purulente, mais avec peu de liquide.

25 septembre. Une troisième ponction donne 200 grammes de pus. On songe pour la première fois à la possibilité d'un kyste hydatique de la rate, ayant occasionné une inflammation de voisinage dans la plèvre.

9 octobre. Quatrième ponction dans le neuvième espace intercostal. 100 grammes de liquide citrin, ne renfermant pas de crochets, mais non coagulable par la chaleur. Venait-il de la rate ou d'un kyste pleural? On ne peut décider sur ce point.

21 octobre. L'état général s'aggravant, on fait l'empyème; il sort un flot de pus et d'hydatides. Lavages avec l'appareil Potain. Suppuration et phénomènes d'infection putride; des poches hydatiques viennent constamment obstruer la canule.

28 novembre. Mort.

AUTOPSIE. Poumon refoulé contre la colonne vertébrale par une pleurésie purulente enkystée, ne dépassant pas le sixième espace intercostal. Diaphragme perforé et faisant communiquer le kyste pleural avec une poche hydatique suppurée, occupant le lobe gauche du foie et l'extrémité supéro-interne de la rate. Gros kyste hydatique isolé à la partie inférieure de la rate. Plusieurs autres, plus petits, disséminés dans le reste de l'organe. Nombreux kystes dans le foie, l'épiploon, l'intestin, les ligaments larges (1).

## 29. Des polypes de la partie postérieure des fosses nasales ; par M. ORY, interne des hôpitaux. (2)

Il est, dans la clinique, des cas où l'incertitude persiste sur la nature vraie des polypes, surtout si le polype siège à la partie postérieure des fosses nasales. C'est, du moins, ce que semble prouver le fait que M. Trélat présentait en octobre dernier à la *Société de chirurgie*. Les études micrographiques les plus récentes permettent maintenant de préciser et de discuter la plupart des données anatomo-pathologiques qui avaient autrefois cours dans la science, au sujet des polypes du pharynx et du nez. Aussi serait-il intéressant de reprendre les observations publiées, pour discuter l'existence des transfor-

(1) Voir pour plus de détails la thèse de M. Lefèvre (1875, Paris) sur les *kystes hydatiques de la rate*.

(2) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

mations d'un polype myxomateux en un sarcome, ou un polype fibreux.

On pourrait sans doute répondre d'une manière définitive aux questions suivantes: Peut-il se produire des polypes fibreux primitifs dans les arrière-narines? Ces polypes sont-ils des polypes muqueux transformés? Y a-t-il réellement des polypes qui soient d'une nature mixte dès l'origine, par suite de la structure de la muqueuse d'implantation?

La nature de ce travail nous interdit d'accumuler les observations probantes et d'étudier la question dans son ensemble. Nous limiterons nos recherches au cas de polypes muqueux des arrière-narines prenant l'aspect des polypes fibreux.

Cette étude s'appuiera sur les discussions de la Société de chirurgie en 1873 et 1874. D'ailleurs, l'idée des transformations des polypes ne m'est pas, je l'avoue, personnelle; elle a été mise en avant, dans cette Société et ailleurs, par mon maître, M. Trélat. Pour moi, je ferai ici l'étude comparée de l'examen microscopique de deux polypes dont j'ai pu suivre les détails cliniques, l'un à la Pitié, en 1872, dans le service de M. Labbé; l'autre, cette année même, chez M. le professeur Trélat. (Ce dernier fait est celui qui a été communiqué à la Société de chirurgie et dont la pièce a été présentée ici par mon collègue, M. Reclus, séance d'octobre 1874).

A ces deux faits, je joindrai quelques observations qui viennent confirmer et permettent en quelque sorte de généraliser les conclusions.

Dans les observations I, II, III, que j'ai rassemblées ici, et dont, pour les deux premières, l'examen microscopique n'avait pas encore été publié, on peut non-seulement établir un parallèle clinique, mais encore reconnaître une similitude anatomopathologique.

Cliniquement, même hésitation pour établir le diagnostic, même aspect charnu, même consistance exagérée; en un mot, grande ressemblance avec un polype naso-pharyngien. Dans les trois cas, implantation du pédicule vers l'orifice postérieur des narines.

A l'examen micrographique, dans les observations I, II, M. Coyne, qui a bien voulu me communiquer le résultat de ses investigations, signale: une partie centrale plus résistante, une partie périphérique plus molle et présentant par sa structure tous les signes d'une inflammation; enfin, l'épithélium de l'extrémité de la portion pharyngienne est stratifié, à cellules cylindriques.

Dans l'observation III, la substance fibreuse existe en plus grande abondance au voisinage du pédicule. Là, une couche d'épithélium pavimenteux est également signalée sur le prolon-

gement pharyngien ; sur la portion nasale, il y a des cellules à cils vibratiles.

Ces faits, surtout les deux premiers, dont la description micrographique est plus récente et plus précise, paraissent donc prouver que le pédicule de ces polypes des arrière-narines, a une structure fibreuse, et ils semblent confirmer les idées émises par M. Panas à la Société de chirurgie, en 1873, sur le rôle de la muqueuse des arrière-narines dans la formation des polypes mixtes.

Ces trois observations nous font de plus assister au travail inflammatoire que subit en certains cas la portion superficielle des polypes des arrière-narines, et elles nous expliquent aussi leur augmentation de consistance, déterminée par l'accumulation des cellules épithéliales, qui se superposent et s'aplatissent. Nous reconnaissons là une transformation par irritation, tout à fait analogue à ce qui s'est passé pour un polype faisant saillie par la narine (obs. VII.)

Ces mêmes modifications irritatives se trouvent signalées dans un autre cas de M. Trélat (Obs. VI.): Accumulation d'éléments jeunes au-dessous de la couche épithéliale, plus nombreux à la périphérie que vers le centre ; au centre de la tumeur, le tissu devient finement réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques, puis, de quelques faisceaux de tissu conjonctif.

A côté de ces faits, j'ai rapproché les observations IV et V, qui, bien que manquant de détails microscopiques, ont avec eux une ressemblance clinique incontestable : même siège, même implantation, mêmes symptômes.

Tous ces faits semblent donc confirmer l'opinion de M. Panas, au point de vue de l'importance qu'il reconnaît à la nature spéciale de la muqueuse sur la structure du polype.

Néanmoins, je relèverai un fait qui a son importance ; c'est que l'aspect fibreux, la consistance plus grande de ces polypes (ayant un seul pédicule et plusieurs rameaux,) est signalé seulement pour la portion pharyngienne, les prolongements nasaux conservant, à l'intérieur comme à l'extérieur, l'aspect des polypes purement nasaux. Comment expliquer ces différences locales dans un même polype, dont les ramifications, il est vrai, sont dans des milieux différents, étant abrité, dans la partie nasale, irrité constamment, au contraire, dans la partie pharyngienne ? Pour l'expliquer, nous nous bornerons à faire un simple rapprochement avec le travail d'épaississement qui apparaît dans la muqueuse du vagin, à la suite du prolapsus utérin.

OBS. I. — Cas de M. TRÉLAT, cité dans la discussion de la



Société de chirurgie, 1874. — Observation par M. Reclus, 1874. (*Bulletin de la Société anatomique*).

*Examen microscopique*, fait par M. COYNE.

Le centre du prolongement pharyngien est occupé par une large bande de tissu conjonctif fibreux, assez nettement conservé avec tous ses caractères; vers le sommet, cette bande arrive tout à fait près de la surface de la tumeur et n'est séparée du revêtement épithélial que par une couche de muqueuse très-mince. A ce niveau, elle s'étale un peu, de façon à comprendre toute la partie proéminente de la tumeur. Sur les côtés, le tissu fibreux est remplacé par un tissu plus mou, dans lequel les éléments arrondis prédominent, de telle sorte que sur les parties latérales, il a presque complètement disparu, ou tout au moins, est masqué par des noyaux et des cellules embryonnaires, dont l'accumulation est considérable dans la zone superficielle, immédiatement au-dessous de la couche épithéliale cylindrique. A ce niveau, les vaisseaux seuls forment des travées qui soutiennent la masse du tissu.

Le revêtement épithélial est formé, sur les côtés, d'épithélium cylindrique très-net. Vers la partie proéminente de la tumeur, l'épithélium est formé de couches multiples superposées, composé par des cellules de forme quadrangulaire.

En résumé, dit M. Coyne, cette tumeur est mixte, elle est formée de tissu conjonctif dans la partie centrale, et tout autour de tissu plus mou, analogue à celui que l'on rencontre dans une muqueuse enflammée.

OBS. II — Cas de M. LABBÉ, 1872. — Observation et examen par M. COYNE. — Résumé.

V. Baroche, 15 ans et demi. Depuis dix-huit mois, écoulement continu, jaunâtre, par la narine droite. Signes de polype nasal, et de plus, gêne dans l'arrière-gorge. Epistaxis depuis trois semaines. Le prolongement pharyngien se développe et la gêne augmente de plus en plus. Pas de déformation de la face.

Au moment de l'admission, voile du palais très-tendu et repoussé en avant. Tumeur qui remplit complètement l'arrière-cavité des fosses nasales, et arrive presque à toucher la portion verticale de la langue. Cette portion apparente est violacée, bosselée, mobile, de consistance assez molle, mais pas autant qu'un polype muqueux. Le siège exact du pédicule ne peut être déterminé, mais on constate que la tumeur n'est pas adhérente à la face postérieure du pharynx. Une incision médiane du voile du palais avec le galvanocautère, permet d'attirer le polype en avant par la bouche. Le pédicule a la grosseur du petit doigt, la tumeur a le volu-

me d'un œuf de poule de forme irrégulière, la consistance de la partie inférieure est fibro-cartilagineuse ; plus molle supérieurement et dans le voisinage du pédicule, sa couleur y est blanchâtre, tandis que le prolongement inférieur est rosé.

Dans une séance de cautérisation faite un mois après, M. Labbé enlève un prolongement dans la narine gauche, puis plusieurs fois, par arrachement, on enlève des portions de polype muqueux par la narine droite.

*Examen microscopique.* — On distingue trois zones à la coupe. La première est centrale, formée de tissu conjonctif lamelleux et de fibres élastiques. A ce niveau, on trouve des vaisseaux assez volumineux, dont les parois épaissies sont entourées d'une couche fibreuse assez nette. Dans d'autres points de cette zone, on trouve des endroits qui ont subi l'altération muqueuse, les éléments se divisent facilement.

La deuxième zone, plus périphérique, est formée par un tissu conjonctif dont les éléments cellulaires sont plus nombreux qu'à l'état normal, et d'éléments embryonnaires arrondis ; les leucocytes y sont nombreux, et les parois des vaisseaux en contiennent un grand nombre.

La troisième zone est formée par la couche superficielle dans laquelle les éléments arrondis masquent complètement le stroma de cette couche. L'épithélium est formé de couches superposées de cellules cylindriques ou quadrangulaires.

OBS. III. — Cas de M. GOSSELIN. — Observation de M. Félizet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1866).

OBS. IV. — Cas de MM. de SAINT-GERMAIN et GUYON. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 828).

OBS. V. — Cas de M. PANAS. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873).

OBS. VI. — Cas de M. TRÉLAT. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 831.)

#### *Examen microscopique par M. CORNIL.*

Le bord libre de la coupe correspondant à la tumeur, est dentelé, et présente une série de parties saillantes séparées par de larges dépressions qui se prolongent plus ou moins profondément. Le bord est recouvert par une couche d'épithélium cylindrique formé par des cellules très-allongées ; à l'état frais, on voyait des cils vibratiles. Au-dessous de l'épithélium, couche assez épaisse d'éléments jeunes masquant le tissu fondamental. Ces petites cellules sphériques, très-abondantes dans la partie superficielle, vont en diminuant de nombre en se rapprochant du centre. Les noyaux sont accumulés autour de vaisseaux très-nombreux dans la partie superficielle et représentés par des capillaires très-grêles, très-minces et fragiles. En se rapprochant du centre, le tissu

devient réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques. mais dans un grand nombre de points, c'est une modification myxomateuse des éléments de ces parties, caractérisée par des éléments étoilés fortement colorés par le carmin, et dont les prolongements circonscrivent de grands espaces polygonaux occupés par une substance colloïde à peine teintée par la matière colorante. Dans un point de la tumeur avoisinant le pédicule, au niveau duquel on retrouve de grosses artérioles, à parois assez jeunes, on trouve quelques faisceaux de tissu conjonctif, mais c'est le seul point de la tumeur où on rencontre ce tissu. En aucun point de la couche superficielle, on n'a pu retrouver trace d'organes glandulaires.

VII. Cas de M. Pozzi (1871. *Bulletin de la Société Anatomique.*)

CONCLUSIONS. En terminant ce mémoire, nous poserons les conclusions suivantes : Les polypes ayant leur point d'implantation à l'orifice postérieur des narines renferment, en plus ou moins grande quantité, des éléments qui les rapprochent en partie des polypes fibreux.

Un polype plus ou moins ramifié peut présenter en quelques points des traces d'inflammation et d'irritation ; d'où les variétés, dans l'aspect, la consistance et la structure, suivant le point où séjourne le prolongement. Les efforts de déglutition, l'alimentation, le passage de l'air, sont des causes d'irritation constante pour le prolongement pharyngien. Les modifications de structure sont, sans doute, explicables par l'action irritative exagérant la production et la multiplication de certains éléments, qui restent moins nombreux dans un même polype en d'autres points plus protégés.

**30. Extrait du rapport de M. Damaschino, sur la candidature de M. VOISIN, au titre de membre adjoint.**

**Sur les fractures spontanées dans l'ataxie musculaire progressive.**

Messieurs, parmi les observations intéressantes que vous a présentées M. Voisin, il en est une sur laquelle je désire attirer votre attention. C'est celle qui est relative à des fractures multiples spontanées survenues chez un malade présentant de l'ataxie musculaire progressive en même temps que de l'amyotrophie.

Jusque dans ces derniers temps, ces fractures spontanées avaient été mises sur le compte de prédispositions générales telles que l'atrophie osseuse sénile, le cancer, la scrofule, la syphilis, etc., sans qu'on pût fournir à l'appui de ces assertions des preuves convaincantes. Quand la fracture survenait chez une personne âgée ou chez une femme ayant eu beau-

coup d'enfants, on disait que la fracture reconnaissait pour origine l'ostéoporose ou l'ostéomalacie, sans s'inquiéter si le malade ne présentait pas une autre maladie capable d'expliquer ces lésions osseuses.

Dans sa pathologie externe, à l'article fracture (1), Follin, signale à la vérité parmi les causes prédisposantes pathologiques médiate, le *tabes dorsalis*, mais il a soin de faire remarquer que son influence n'est rien moins que démontrée. Dans les autres traités de chirurgie, cette cause n'est pas même énoncée, et tous les mémoires qui traitent de cette question n'en font aucunement mention.

C'est véritablement à M. Charcot que revient l'honneur d'avoir trouvé la relation qui existe entre les lésions médullaires et la lésion osseuse. Déjà dans ses leçons cliniques à la Salpêtrière sur les anomalies de l'ataxie et en particulier sur les arthropathies dans cette maladie (2) il avait montré que les cartilages et les os subissaient une usure particulière, mais ce ne fut que dans un travail publié dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* (janvier 1874), qu'il traite cette question de fractures spontanées. Enfin un de ses élèves, M. Forestier (3), fit paraître une thèse sur le même sujet.

En relisant les observations qui se trouvent rassemblées dans les différents écrits consacrés à l'étude de ce genre de fractures, il en est, dit M. Charcot (4), « un certain nombre où l'on peut reconnaître, — bien qu'ils n'aient pas été relevés par les auteurs, — les symptômes tabétiques et en particulier les accès de douleurs fulgurantes. Je citerai entre autres, à titre d'exemples, les observations n° 32 et n° 33 de l'ouvrage de M. L. Gurlt. » (5)

Dans le récent travail de M. S. Weir Mitchell (6) sur l'*influence du repos dans l'ataxie locomotrice*, il y a trois exemples de fractures spontanées, mais le savant médecin américain n'a pas vu la relation qui existait entre la lésion spinale

(1) E. Follin. *Traité élémentaire de pathologie externe*. T. II. p. 745.

(2) Charcot. Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière. In *Arch. de phys.* T. 1. p. 161. — T. II. p. 121, et T. III.

(3) J. Forestier. *Thèse de Paris*, 1874. Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive; arthropathies, fractures et luxations consécutives.

(4) *Arch. de phys.*, janvier 1874.

(5) E. Gurlt. *Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen*, 1 Theil. p. 147. Die Knochenbrüchigkeit.

(6) *The american journal of the medical science*, July, 1873. p. 113.

et celle des os. Son travail consiste à démontrer que sous l'influence du repos nécessité par l'existence des fractures, certains symptômes de l'ataxie et en particulier les douleurs fulgurantes se sont amendées.

Cependant nous ne devons pas oublier qu'à la fin de son travail, M. Weir Mitchell se demande pourquoi les ataxiques ont ainsi des fractures. Pour lui, la brusquerie des contractions musculaires joue le principal rôle, mais, ajoute-t-il, il pourrait bien se faire, « quoique cela n'ait pas été prouvé, que » les os dans l'ataxie souffrissent dans leur nutrition et » qu'ainsi leur force fût considérablement amoindrie. » (1) A ce sujet il rappelle le fait du docteur Pennock, rapporté par le docteur Morris (2), dans lequel l'examen cadavérique fit constater la sclérose des cordons antéro-latéraux de la moëlle, en même temps que la lésion osseuse.

Dans l'observation de M. Voisin, les douleurs térébrantes ont persisté malgré le repos au lit, mais ce n'est pas sur ce point que je désire encore attirer l'attention de la Société. C'est sur la consolidation des fractures dans ces cas d'ataxie.

Des deux fractures dont la malade était atteinte, l'une était complètement consolidée, et l'autre en bonne voie de guérison. Or, si nous parcourons les observations de cas semblables, nous trouvons que bon nombre de ces fractures ont suivi la même marche. M. le docteur Lannelongue (communication orale), m'a cité deux faits observés par lui dans son service de Bicêtre et où la consolidation s'est faite très-complètement et dans le laps de temps normal. L'un des malades ayant succombé, l'autopsie permit de constater tout à la fois et la lésion spinale des cordons postérieurs et la parfaite formation d'un cal complet. N'est-ce pas là un phénomène curieux, que de voir d'un côté la destruction de l'os et de l'autre la réparation?

Je suis porté à penser que ces faits de fracture chez les ataxiques, ou plus généralement encore chez les sujets atteints d'affections médullaires, sont beaucoup plus fréquents qu'on n'est disposé à le croire. La consolidation normale, malgré les fâcheuses circonstances où doit se trouver le tissu osseux, est probablement une des causes qui se sont opposées jusqu'à ce jour à des recherches faites en ce sens. Les chirurgiens, voyant l'évolution du cal se faire normalement, n'ont pas eu leur attention attirée sur la possibilité d'une affection nerveuse, d'autant plus que celle-ci, surtout à ses débuts, passe souvent inaperçue, ou du moins méconnue.

---

(1) *The american journal of the medical science*, july 1873. p. 115.

(2) *idem*. déc. 1868. p. 438.

Ces faits, je le répète, doivent être relativement fréquents. Un de nos collègues, le Dr Lamare (de Saint-Germain-en-Laye) m'a dit avoir observé chez un tabétique une double fracture (aux membres supérieur et inférieur). Dans ce fait, la consolidation se fit tout à fait régulièrement et dans les délais habituels.

Ce phénomène de consolidation des fractures peut être considéré comme un argument en faveur d'une lésion spéciale de l'os, différente de celles que l'on rencontre dans l'ostéomalacie vraie. Dans cette dernière affection, en effet, « les fractures ne se consolident généralement pas » disent MM. Cornil et Ranvier; cependant ces auteurs rapportent quelques exemples de cal osseux; mais dans ces cas la maladie marchait vers la guérison (1). Cette opinion est confirmée par les recherches exposées dans le récent et très-intéressant travail de M. le Dr Bouley (2).

Nous ne pouvons, dans le cas rapporté chez M. Voisin (non plus que dans les autres faits pour lesquels des détails suffisants ont été donnés), nous ne pouvons admettre que la consolidation chez les tabétiques soit en rapport avec une tendance de l'affection médullaire vers la guérison: le mal, dans ces diverses observations, ne faisait que s'aggraver.

Quoi qu'il en soit, il paraît résulter de nos connaissances actuelles sur cette question, que les tabétiques (et peut-être plus généralement les sujets atteints d'une lésion spinale) sont prédisposés aux fractures. Il me paraît également démontré que la formation du cal peut se faire (et je dirai volontiers se fait) d'une façon normale.

Quant au mécanisme de ces fractures, il nous est vraiment bien difficile de l'indiquer. Toutefois, si l'on considère combien les lésions trophiques sont fréquentes dans ces circonstances, et en particulier combien les articulations elles-mêmes sont parfois affectées, il n'est pas téméraire de penser que, dans les maladies de la moelle épinière, et en particulier dans la sclérose spinale postérieure, le tissu osseux subit une altération spéciale, encore inconnue, mais que des recherches ultérieures feront probablement découvrir.

#### Elections.

MM. CHANTREUIL, GINGEOT et HÉNOQUE, membres titulaires de la Société, sont nommés *membres honoraires*.

---

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie normale et pathologique*, p. 338.

(2) P. Bouley. De l'ostéomalacie. *Thèse de Paris*, 1874.

Séance du 18 décembre.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**31. Carcinome mélanique du sein chez un homme, par M. MARCANO, interne des hôpitaux.**

Cette tumeur avait débuté il y a deux ans, et avait pris au mois de septembre, à la suite d'un coup sur la région, un développement rapide; les ganglions de l'aisselle étaient envahis. — L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un carcinome avec infiltration mélanique dans l'intérieur des cellules et dans les cloisons des alvéoles.

**32. Examen histologique d'une pièce de « maladie kystique » du testicule, par M. L. MALASSEZ (V. Pl. V, p. 933).**

M. Laurent Robin nous a présenté au mois de juillet dernier (1) une tumeur kystique du testicule qui avait été enlevée par M. le Dr Terrier.

Cliniquement, cette tumeur était un exemple de ce que A. Cooper a décrit le premier en 1804 sous le nom de *Cystic disease of the testis*, expression qui a été traduite en France par les termes de *maladie enkystée* (Chassaignac et Richelot) et de *maladie kystique* (Gosselin et Peter), terme qui a prévalu chez nous. Ces tumeurs, comme nous le verrons plus loin, sont très-rares pour ceux qui ne regardent pas ce nom comme synonyme de tumeur kystique (2) et ne désignent pas ainsi les tumeurs dans lesquelles les kystes sont associés, soit à du sarcome, soit à de l'enchondrome, soit aux deux néoplasmes à la fois.

Il était donc important de déterminer exactement la nature histologique de cette tumeur. L'examen qui suit l'observation de M. Robin et qui m'est attribué, étant très-incomplet et peu exact, j'ai cru utile de revenir sur ce sujet, en raison même de la rareté de ces faits.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1874, p. 610.

(2) *Conche*, dans son mémoire, d'ailleurs si remarquable, n'a pas fait cette distinction : *De la maladie kystique*, Lyon, 1865.

Au point de vue de la structure, il y a lieu d'étudier : 1° le stroma d'apparence fibreuse qui entoure les kystes et forme leurs parois ; 2° le revêtement épithélial qui les tapisse ; 3° le contenu ; 4° la coque testiculaire qui enveloppe la masse kystique et la façon dont se fait le passage du tissu testiculaire au tissu morbide.

1° *Stroma* (1). Le stroma est constitué en majeure partie par des faisceaux de fibrilles conjonctives s'entrecroisant en divers sens, mais qui, au voisinage des cavités, se disposent en plans parallèles à la surface de ces cavités. Entre ces faisceaux et à leur surface, se voient des cellules conjonctives ou endothéliales. En quelques endroits assez rares, de préférence au voisinage de la surface de quelques cavités kystiques, le tissu fibreux est infiltré d'éléments embryonnaires. Un certain nombre de faisceaux de fibres musculaires lisses s'entrecroisent en divers sens. On rencontre également quelques fines fibres élastiques, elles sont très-rares. Les vaisseaux sont peu nombreux. En aucun point, et malgré des recherches attentives, je n'ai rien trouvé qui rappelât de près ou de loin les tubes séminifères. La surface des cavités kystiques est généralement lisse ; cependant, à l'intérieur de quelques-unes d'entre elles, on voit de petits prolongements partant du stroma sous forme de bourgeons et de villosités ; c'est surtout en ces points que se trouvent les éléments embryonnaires signalés plus haut.

2° *Revêtement épithélial* (2). Ce revêtement est constitué par des cellules épithéliales de formes et de dimensions variées.

a. Les unes sont de larges cellules plates, plus ou moins épaisses, possédant en général un seul noyau, rarement deux. Ces noyaux sont ovoïdes, volumineux, à plusieurs nucléoles le plus souvent. Quelques-unes d'entre elles présentent dans leur protoplasma des cavités remplies d'une substance transparente, plus réfringente, communiquant parfois avec l'extérieur.

b. D'autres moins larges, mais plus épaisses, se rapprochent de la forme polyédrique ; leur protoplasma est relativement mince, abondant ; elles ont aussi parfois deux noyaux ; ceux-ci sont presque sphériques, remplissent à peu près la cellule et contiennent également plusieurs nucléoles.

---

(1) Le stroma a été étudié sur des coupes après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et coloration au picrocarminate et à la purine.

(2) Ce revêtement a été étudié : 1° sur des coupes ; 2° après macération dans l'eau alcoolisée au tiers, réclage des parois, dissociation et coloration au picrocarminate (méthode Ranvier).



c. D'autres cellules sont franchement cylindro-coniques, pleines et sans cils vibratiles. On trouve toute une série d'intermédiaires entre cette forme et la précédente.

d. On rencontre aussi des cellules cylindriques, avec plateau et cils vibratiles, comme celles qui existent à l'état normal dans les voies respiratoires. Un assez grand nombre d'entre elles présentent une ou deux vacuoles protoplasmiques analogues à celles que nous avons signalées dans quelques cellules plates.

e. Enfin on constate des cellules caliciformes, tout-à-fait semblables d'aspect à celles qui existent sur la muqueuse digestive normale ; la ressemblance est surtout frappante quand elles se trouvent tapissant des villosités. Ce dernier type de cellules est le plus abondamment répandu à la surface des kystes.

Sur les parois, ces cellules ne sont pas mélangées les unes aux autres ; d'ordinaire, elles sont réunies par groupes de cellules de même espèce : ici par exemple, il n'existe que des cellules caliciformes ; plus loin, rien que des cellules vibratiles ; ce n'est que sur les confins de ces groupes que l'on observe, soit un mélange de cellules appartenant à des types voisins, soit des formes intermédiaires aux deux types. Dans une même cavité kystique on peut rencontrer toutes ces diverses variétés de cellules épithéliales.

Je n'ai pas été à même de voir si, sur cette pièce, il existe une couche endothéliale sous-épithéliale, analogue à celle que M. Debove a découverte (1) sur certaines muqueuses normales, et semblable à celles que j'ai constatées (2) dans certaines productions épithéliales pathologiques. Le fait est probable, en raison de la ressemblance qui existe entre cette tumeur et les kystes de l'ovaire où cette couche existe.

3° *Contenu*. Le contenu se compose d'une substance homogène au milieu de laquelle se distinguent des éléments cellulaires et des granulations.

La substance homogène, sous l'influence de l'alcool, devient opaque et se coagule en se rétractant. Le coagulum remplacé dans l'eau se gonfle, redevient transparent, et plus ou moins visqueux. L'analyse chimique n'en a pas été faite. Les éléments cellulaires sont pour la plupart des cellules épithéliales semblables à celles des parois. Elles sont presque toutes plus ou moins dégénérées. Les granulations sont les unes disséminées, les autres en groupes irréguliers ou disposées

---

(1) *Compte-rendus Acad. des sc.* 1872, et *Archives de Physiologie*, 1874.

(2) *Bullet. Soc. anatom.* 1874, p. 349.

sous forme de stries; elles paraissent de nature graisseuse. En aucun point je n'ai pu trouver de spermatozoïdes.

4° *Coque testiculaire* (1). Les tubes séminifères sont aplatis et éloignés les uns des autres par un tissu conjonctif fasciculé et dense qui leur adhère et empêche leur étirement. Dans ce tissu conjonctif de nouvelle formation, on rencontre par places des fentes étoilées, tapissées d'endothélium, et qui sont probablement les restes de ces espaces séro-lymphatiques qui, à l'état normal, séparent les lamelles conjonctives engainant les tubes séminifères. En quelques points, le tissu conjonctif est infiltré d'éléments jeunes ou lymphatiques.

Quand on examine des parties plus éloignées de l'albuginée et se rapprochant du tissu morbide, ces altérations s'accroissent. Le tissu conjonctif devient plus abondant, les lacunes lymphatiques ont complètement disparu, les tubes séminifères s'aplatissent de plus en plus, tandis que leur paroi propre s'hypertrophie, et leurs éléments épithéliaux dégénèrent et s'atrophient.

Plus loin, l'épithélium a complètement disparu; à la place du conduit séminifère, il ne reste plus qu'une fente bordée par la membrane propre, encore distincte par sa réfringence. Plus loin encore, la membrane propre se transforme, et se confond avec le tissu fibreux; il n'existe plus trace de tubes séminifères. Puis apparaissent quelques faisceaux de fibres musculaires lisses; nous sommes arrivés au tissu fibro-musculaire qui enveloppe la tumeur et se continue avec le stroma. En aucun point, on ne trouve de conduits séminifères dilatés, qu'on puisse supposer en voie de transformation kystique.

Telle est la structure de cette tumeur; on en peut tirer quelques notions sur son origine et son développement, et quelques indications sur la dénomination histologique qui doit lui être appliquée.

L'existence de la coque testiculaire enveloppant complètement la masse kystique montre que la néoformation s'est développée au centre même du tissu testiculaire; à moins d'admettre que, née dans le corps d'Highmore par exemple, elle s'en soit ensuite complètement détachée.

L'atrophie des tubes séminifères au voisinage du tissu morbide, la différence qui existe entre l'épithélium des tubes et celui des kystes, et l'absence de spermatozoïdes, même dans les petits kystes, tous ces faits montrent que les kystes ne

---

(1) La coque testiculaire a été étudiée sur des coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur et comprenant l'albuginée, la coque testiculaire et une portion du tissu morbide.

sont pas, même à leur début, de simples dilatations des tubes séminifères, à moins d'admettre que le processus n'ait atteint, au début, que quelques tubes séminifères, et que la tumeur, de cette façon, en se développant ensuite, ait refoulé et atrophié les autres tubes séminifères, à moins d'admettre qu'en même temps il se soit fait une transformation complète et variée de l'épithélium des tubes, à moins d'admettre enfin que les spermatozoïdes se soient détruits rapidement.

L'hypothèse la plus vraisemblable serait donc celle d'un développement au sein du tissu conjonctif intertubulaire, mais il n'y a, dans ce cas, aucun fait histologique qui puisse nous indiquer par quel mécanisme se fait ce développement.

L'augmentation de volume de la tumeur peut s'expliquer par l'agrandissement du stroma fibro-musculaire et des premières cavités kystiques, et surtout par l'apparition de nouveaux kystes, en raison du peu d'importance du stroma fibromusculaire et de la petitesse des cavités kystiques. L'absence de toute apparence de bourgeonnement ou de cloisonnement nous porte à penser que cette production de nouveaux kystes n'est pas due à une multiplication des anciens, mais à une néoformation complète, et l'atrophie des conduits au voisinage du tissu morbide nous indique que cette néoformation ne consiste évidemment pas en une transformation des tubes séminifères.

Comment désigner cette tumeur dans le langage histologique (1)? On a déjà employé pour des tumeurs semblables à celle-ci, les mots de kystome, myxoïd cystom, sarcome kystique, kysto-adénome, hétéradénome kystique... Je rejette les deux premiers, parce qu'ils n'ont qu'une signification macroscopique; le troisième, parce que le stroma de la tumeur n'est pas constitué par du tissu sarcomateux; les deux suivants, parce que nos surfaces kystiques ne ressemblent pas à des surfaces glandulaires, mais bien plutôt à des surfaces mu-

---

(1) Il est très-important, dans l'état actuel de la science, de ne pas donner aux tumeurs le même nom, selon qu'on les considère au point de vue clinique, au point de vue macroscopique, ou au point de vue histologique. En effet, deux tumeurs qui nous semblent avoir des symptômes cliniques semblables, peuvent avoir des caractères anatomiques différents; de même, deux tumeurs qui nous paraissent semblables d'aspect, vues à l'œil nu, peuvent être de structure différente, après examen histologique; inversement, deux tumeurs qu'on croit de même nature histologique, peuvent avoir des caractères macroscopiques et des symptômes cliniques différents. En faisant avec soin cette distinction, on éviterait de désigner par le même mot, des choses différentes, d'où ces confusions qui stérilisent si souvent nos discussions.

queuses. L'expression d'*épithéliome myxoïde*, que j'ai déjà proposée pour les kystes de l'ovaire (1), me paraît préférable. En effet, l'existence du revêtement épithélial, qui est le fait typique de la tumeur, est mise en relief par le nom d'épithéliome, et le qualificatif de myxoïde, déjà employé dans le même sens, par Waldeyer (2), indique la nature de ce revêtement épithélial, et distingue la tumeur des autres formes d'épithéliomes : épithéliomes dermoïdes, épithéliomes pavimenteux, cylindriques, etc.

On pourrait objecter que le mot d'épithéliome est souvent employé par les cliniciens, comme synonyme de cancroïde. Je répondrai que c'est une erreur de langage ; car si, à la vérité, beaucoup d'épithéliomes se présentent cliniquement sous la forme de cancroïdes, d'autres nous apparaissent sous d'autres aspects cliniques : sous la forme de cancers (certains cancers de l'estomac, du foie, etc.), sous la forme de lupus (cas d'esthiomène de M. Cornil) (3).

Quant à l'épithète de myxoïdes, elle a, je le crains, l'inconvénient de prêter à la confusion avec les tumeurs constituées sur le type du tissu muqueux, et qui depuis longtemps sont désignées sous le nom de myxomes. On pourrait peut-être éviter cette confusion, en lui substituant le terme de muquoïde, qui malgré son hybridité, rappelle mieux à l'esprit, l'idée d'une muqueuse.

J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer (4) combien les épithéliomes myxoïdes ou muquoïdes forment un groupe naturel de tumeurs ; je me contenterai ici d'insister, en manière de preuve, sur la ressemblance frappante qui existe entre cette tumeur et certains kystes de l'ovaire, ressemblance qui avait déjà frappé Boyer (5), et qui, depuis, a été signalée par Virchow et bien d'autres pathologistes.

Dans le testicule, ces tumeurs sont rarement des formes pures ; elles sont, comme je le disais au commencement de cette note, ordinairement associées, soit à de l'enchondrome, soit à du sarcome, soit aux deux néoplasmes simultanément. Sur onze cas de tumeurs kystiques du testicule, que j'ai relevées dans nos Bulletins, il n'en existe qu'un seul qui paraisse complètement semblable à celui-ci. (6) Dans trois autres, le

(1) *Bulletin Société anatomique*, 1874, p. 359.

(2) Waldeyer. *Archiv. fur gynakologie*, t. 1, 1870.

(3) *Bulletin Société anatomique*, 1874, p. 232.

(4) *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 360.

(5) Boyer. *Maladies chirurgicales*, t. X, p. 265.

(6) Obs. TRÉLAT, *Bulletin de la Société anatomique*. 1852, p. 530.

stroma contient des noyaux cartilagineux. (1) Cinq sont très-probablement des tumeurs sarcomateuses. (2) On décrit, en effet, dans deux de ces cas, des masses encéphaloïdes ; dans deux autres cas, des masses fibro-colloïdes ; le cinquième, qui est plus récent, est certainement du sarcome ; enfin, dans les deux derniers cas, il existe en même temps des masses cartilagineuses et des masses sarcomateuses (3).

Les tumeurs à stroma purement fibreux, et peut-être celles qui ne contiennent que des noyaux cartilagineux, paraissent être des tumeurs bénignes et répondre au type clinique désigné sous le nom de maladie kystique. Mais celles qui renferment à la fois du tissu sarcomateux et du tissu cartilagineux sont des tumeurs malignes, qui, à leur début, peuvent revêtir l'apparence extérieure des formes bénignes, et être prises pour des cas de maladie kystique. Cette dernière catégorie de tumeurs semble montrer que les épithéliomes myxoides purs peuvent, à la façon de certains tissus épithéliaux normaux, devenir soit enchondromateux, soit sarcomateux ; elle nous mène, par une série d'intermédiaires morphologiques, aux tumeurs purement enchondromateuses et purement sarcomateuses.

M. COYNE. L'observation de M. Malassez est fort intéressante, mais je lui demanderai quelles raisons il a de douter du point de départ des kystes dans le corps d'Highmore. En examinant la tumeur à l'œil nu, il m'avait semblé que sous le rapport du siège, les kystes correspondaient assez exactement au corps d'Highmore.

M. MALASSEZ. Je ferai d'abord remarquer que la tumeur était partout enveloppée par la substance testiculaire ; quand on compulse les observations, et particulièrement celles qui sont contenues dans le mémoire de M. Conche, on remarque que dans les cas où la masse kystique se trouve en rapport avec la tunique albuginée, ce rapport a lieu à la partie antéro-

---

|                    |   |   |         |        |
|--------------------|---|---|---------|--------|
| (1) Obs. PANAS     | — | — | 1857... | p. 387 |
| — JOUDU            | — | — | 1859... | 161    |
| — CHANTREUIL       | — | — | 1869... | 321    |
| (2) Obs. MAROTTE   | — | — | 1833... | 168    |
| — HÉNOGQUE         | — | — | 1867... | 295    |
| — LEBERT           | — | — | 1851... | 374    |
| — ROCQUES          | — | — | 1856... | 98     |
| — RENDU            | — | — | 1871... | 226    |
| (3) Obs. LETENNEUR | — | — | 1838... | 303    |
| — NEPVEU           | — | — | 1870... | 66     |

---

inférieure du testicule, c'est-à-dire en un point justement opposé au siège du corps d'Highmore.

En second lieu, l'épithélium qui existe à la face interne de ces kystes est différent de celui qui tapisse les conduits du corps d'Highmore. Dans celui-ci, on ne trouve pas cette variété de cellules qui existent dans le cas actuel, cellules plates, cellules cylindriques, cellules caliciformes et cellules à cils vibratiles.

**33. Anévrysme de la crosse de l'aorte;** par M. FARABEUR,  
prosecteur de la Faculté.

Cette pièce a été recueillie sur un vieillard de 70 ans environ, apporté dans les pavillons de l'Ecole Pratique.

La crosse de l'aorte est dilatée à partir de son orifice (qui est normal et pourvu de valvules suffisantes) jusqu'au niveau de la bronche gauche, où l'aorte reprend tout-à-coup ses dimensions normales. La crosse a 17 centimètres de circonférence, et s'élève à 15 centimètres au-dessus de son origine.

Sur le côté gauche de l'aorte, on trouve 3 anévrysmes, ayant le volume de gros marrons; ils sont situés l'un devant, les autres derrière le pneumogastrique, qui est aplati et bride en quelque sorte l'aorte. A droite, existent deux anévrysmes: l'un, petit, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche; l'autre ayant le volume d'une moitié d'œuf, s'appuie sur la trachée à laquelle il adhère et qu'il a déformée.

Tous ces 5 anévrysmes sont parfaitement comblés par des caillots, et sur la face interne de l'aorte, on ne les distingue que par le changement de coloration. Il existe une dilatation très-marquée du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière. Le cœur est normal et non hypertrophié.

M. SEVESTRE. J'ai présenté en 1871 un fait analogue (dilatation de l'aorte avec 6 poches distinctes).

**34. Rétablissement de la circulation dans des veines oblitérées;** par M. A. PITRES, interne des hôpitaux.

Dans le courant du mois de novembre 1874, il est mort, dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière, une malade, atteinte d'un cancer ulcéré de la vulve et du vagin. Cette malade présentait en outre, depuis environ deux mois, un œdème très-considérable des deux membres inférieurs. Lorsqu'on fit son autopsie, on trouva une vaste ulcération, étendue de la face interne et supérieure des cuisses jusqu'au mont de Vénus.

Les grandes et les petites lèvres étaient complètement détruites. La muqueuse vaginale dans sa moitié inférieure était indurée et ulcérée. Les culs-de-sac du vagin, l'utérus, les ovaires ne présentaient aucune lésion appréciable. Le foie avait son volume normal. Sur la face convexe de cet organe, existait un nodule arrondi, grisâtre, du volume d'une noisette, adhérent au tissu hépatique voisin. Les reins et les corps vertébraux étaient sains. Je dirai tout de suite que l'examen histologique des parties indurées de la muqueuse vaginale, et de la tumeur secondaire du foie, a été pratiqué, et qu'il s'agissait de carcinome vrai, pourvu d'un stroma fibreux à travées assez épaisses.

La raison de l'œdème des membres inférieurs se trouvait dans des altérations profondes de l'origine des vaisseaux de ces membres. Tous les ganglions lymphatiques du bassin et de la région lombaire étaient tuméfiés : plusieurs étaient déjà ramollis et se présentaient sous la forme de coques fibreuses pleines d'une matière pulpeuse et jaunâtre ; ces ganglions adhérents les uns aux autres, formaient de chaque côté, depuis les aines jusqu'à la colonne lombaire, un chapelet de masses dures, ayant à un certain endroit le volume d'un gros œuf de dinde.

La partie inférieure de l'aorte et de la veine cave inférieure, les vaisseaux iliaques internes et externes, les vaisseaux hypogastriques, traversaient ces amas ganglionnaires, qui adhéraient fortement à leur tunique externe. Les artères n'avaient subi aucune diminution dans leur calibre ; leur lumière était vide, et leur tunique interne paraissait saine.

Les veines, au contraire, avaient subi des lésions profondes. La veine cave inférieure, au-dessus de sa bifurcation, était entourée d'une grosse masse ganglionnaire qui la comprimait de toutes parts. A ce niveau, elle n'avait pas plus de 3 millimètres de diamètre, et sa cavité était oblitérée par une substance rosée, résistante, et fortement adhérente aux parois veineuses. Au-dessus, la veine cave s'élargissait progressivement jusqu'à la hauteur des veines rénales, où elle recouvrait à peu près ses diamètres ordinaires, mais dans toute cette étendue, elle était remplie par un caillot grisâtre, feuilleté, humide et sans adhérences solides. Au-dessous de la bifurcation de la veine cave, les veines iliaques, fémorales, poplitées, et les veines de la jambe, étaient diminuées de volume, les veines iliaques avaient trois mill. de diamètre, les fémorales et les poplitées quatre, les veines de la jambe étaient relativement moins atrophiées. La lumière de toutes ces veines était occupée par une substance rougeâtre ou briquetée, très-solidairement unie aux parois des vaisseaux, et creusée de canaux par

lesquels s'écoulait du sang liquide ou fraîchement coagulé. Si après avoir coupé transversalement une de ces veines en un point, on exerçait une compression à une certaine distance de la section, ou voyait le sang affluer, en plus grande abondance, par les orifices de ces canaux.

Leur nombre et leur disposition étaient, du reste, très-variables. Sur certaines coupes, on n'en distinguait qu'un ou deux par lesquels s'écoulaient de grosses gouttelettes de sang, tandis que sur d'autres, ils étaient à peine visibles à la loupe et ne laissaient sortir le sang qu'en nappes.

Ce simple examen à l'œil nu nous apprenait donc que la veine était oblitérée par un caillot organisé ou en voie d'organisation, mais qu'il existait cependant dans l'intérieur de la masse oblitérante, une série de lacunes ou de canaux irréguliers renfermant du sang frais.

L'examen microscopique a confirmé ces données, et a permis de suivre pas à pas le mode de formation de ces canaux. Il a été pratiqué sur une série de coupes de la veine fémorale droite, durcie par le procédé de l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Ces coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque, ont été ensuite montées dans la glycérine et soumises à l'examen.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la grande différence d'aspect que présentent les préparations, provenant cependant de parties de la veine très-voisines les unes des autres. Sur certaines coupes, on distingue au centre, un amas de substance jaunâtre, granuleuse, ne se colorant pas par le carmin et qui n'est autre chose que le reste du caillot sanguin désagrégé. Cette masse granuleuse est entourée par une couronne festonnée de tissu conjonctif, étendue jusqu'à la tunique interne de la veine et sillonnée par de nombreux capillaires embryonnaires, communiquant en plusieurs points avec les vasa vasorum dilatés. Sur des coupes pratiquées à une petite distance de ce point, l'amas central de globules désagregés a complètement disparu et le tissu conjonctif avec ses vaisseaux embryonnaires occupe toute la cavité de la veine. Plusieurs de ces vaisseaux présentent dans leur longueur des dilatactions ampullaires, irrégulières, et leur cavité devient beaucoup plus considérable.

Un peu plus loin encore, les vaisseaux énormément élargis ne sont plus séparés que par des cloisons embryonnaires délicates, et le tissu qui oblitère la veine ressemble tout-à-fait, sur ces préparations, à celui de certains angiomes caverneux. Enfin, en certains endroits, les cloisons ont tout-à-fait disparu, et tous les vaisseaux sont confondus dans un canal commun, dont la cavité occupe presque toute la lumière de la veine.



L'interprétation de ces apparences si variées ne présentera plus de difficultés si l'on veut bien se rappeler le mécanisme de l'organisation des caillots. Lorsqu'une veine est oblitérée par du sang coagulé dans son intérieur, on voit dès les premiers jours qui suivent l'oblitération, les vasa vasorum se dilater. Puis la membrane interne de la veine prolifère et s'épaissit. Il se forme alors à la périphérie du caillot une couronne de tissu embryonnaire, dans lequel les vasa vasorum envoient de nombreux prolongements capillaires.

Le caillot lui-même, pendant ce temps, s'atrophie et se désagrège : les globules perdent leur matière colorante ; ils deviennent jaunâtres et granuleux. A mesure que le néo-tissu périphérique s'avance vers le centre de la lumière du vaisseau, il prend la place du coagulum désagrégé, et, au bout d'un temps qui varie de 15 jours à plusieurs mois, celui-ci est totalement résorbé, et le vaisseau n'est plus oblitéré par le caillot primitif, mais par un tissu de nouvelle formation qui s'est peu à peu substitué aux éléments du thrombus.

Lorsque les choses en sont arrivées à ce point, le néo-tissu oblitérant peut subir diverses modifications, dont les plus ordinaires sont l'*organisation fibreuse*, plus fréquente dans les artères que dans les veines, et la *métamorphose caverneuse*, plus fréquente au contraire dans les veines que dans les artères, et dont il est facile dans notre cas d'étudier toutes les phases. Cette métamorphose caverneuse est le résultat de la dilatation incessante des vaisseaux embryonnaires qui traversent le néo-tissu, et de la résorption des cloisons qui les séparent, jusqu'à ce qu'ils se soient confondus dans un petit nombre de canaux volumineux. Lorsque ces phénomènes sont accomplis, la veine est en partie rendue à sa destination.

Il se fait en effet dans ces canaux, qui communiquent fréquemment avec les vasa vasorum, une ébauche de circulation, d'autant plus complète que le travail de résorption est plus avancé, et qu'il s'est opéré sur une plus grande étendue du thrombus. A ce propos, il est important de noter que lorsqu'une veine est oblitérée dans une certaine étendue, le travail d'organisation qui prend naissance sur ses parois, ne se produit pas uniformément avec la même intensité dans toute la longueur de la veine. Il se fait au contraire par éclats, par bourgeons irréguliers qui ~~fragmentent~~ le caillot avant de le résorber, et il en résulte que, sur des points très-voisins d'une même veine, on pourra observer des degrés très-différents d'organisation des thrombus.

Pour revenir à notre malade, voici, selon toute probabilité, comment les phénomènes morbides se sont enchaînés. Le cancer primitif de la vulve et du vagin a déterminé la dégé-

nérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires. Ceux-ci, en se développant outre mesure, ont comprimé la veine cave inférieure et les veines iliaques : la circulation veineuse a été interrompue, et il s'est formé un caillot dans toute l'étendue des grosses veines des membres inférieurs. Ce caillot a subi les modifications qui s'opèrent dans les caillots hématiques intra-veineux, et au moment de la mort, la circulation était déjà en grande partie rétablie dans les veines des membres inférieurs.

M. CHARCOT. Les faits du genre de celui-ci sont très-intéressants; car les causes des coagulations veineuses dans les cancers de l'utérus sont encore fort obscures.

M. DESPRÉS. J'ai eu l'occasion d'observer une phlegmatia alba dolens chez une femme qui avait, non pas un cancer, mais une hernie de l'utérus.

Bien que l'utérus fût descendu depuis 7 ans, j'ai réussi à le réduire; huit jours après, il sortit de nouveau et je le réduisis encore; mais au bout de trois jours, la malade avait une phlegmatia alba dolens du côté gauche. On peut admettre dans ce cas, il me semble, que l'utérus avait en quelque sorte perdu droit de domicile, et que la coagulation résultait de la compression exercée sur la veine par cet utérus remis en place. La compression sur les veines me paraît être la cause des coagulations dans le plus grand nombre des cas.

M. CHARCOT. Il est certain que la compression joue souvent un grand rôle dans la pathogénie des obstructions veineuses, mais le fait n'est pas aussi général que semble le croire M. Després. Toute l'histoire des oblitérations dans la tuberculose vient protester contre cette idée.

En fait, il y a plusieurs causes occasionnelles, qui ont été bien étudiées par Virchow. Dans ces conditions, l'affaiblissement du cœur et le ralentissement de la circulation s'ajoutent à l'altération du sang pour amener les coagulations.

#### Elections.

Après un tour de scrutin, sont nommés *membres adjoints* de la Société: MM. CUFFER, DEFFAUX, HENRIET, MARCHAND et VOISIN.

*Le secrétaire,*

A. SEVESTRE.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 3



Fig. 4

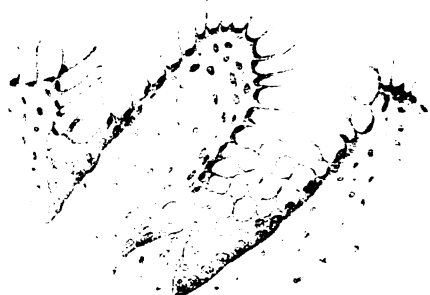


Fig. 5

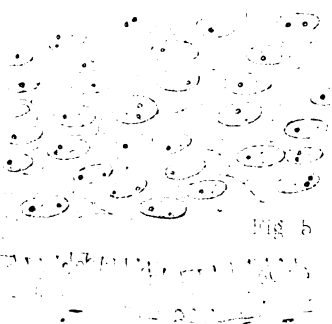


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



## EXPLICATION DE LA PLANCHE V. (Malassez.)

*Fig. 1 et 2.* — Lamelles épithéliales provenant de la paroi des kystes, et constituées l'une par de grandes cellules plates (fig. 1), l'autre par des cellules polyédriques (fig. 2). (Grossissement  $\frac{340}{4}$ )

*Fig. 3.* — Cellules isolées du revêtement épithélial des cavités kystiques. (grös.  $\frac{340}{4}$ ).

- a.* Cellule plate.
- b.* Cellule plate dont le protoplasma renferme des valvules.
- c, d.* Cellules d'épithélium cylindrique.
- e, f, g.* Cellules cylindriques à cils vibratiles.
- h, i.* Cellules vibratiles dont le protoplasma renferme des valvules.
- k, l.* Cellules caliciformes vues de profil.
- m.* Cellules caliciformes vues de face.

*Fig. 4.* — Coupe de la paroi d'un kyste montrant un revêtement continu de cellules caliciformes (Gross.  $\frac{200}{4}$ ).

*Fig. 5.* — Coupe de la paroi d'un kyste montrant un revêtement continu de cellules à cils vibratiles (Gross.  $\frac{200}{4}$ ).

*Fig. 6.* — Coupe de la coque testiculaire au voisinage de l'albuginée. (Gross.  $\frac{30}{4}$ ).

- a.* Albuginée.
- b.* Tubes séminifères.

*Fig. 7.* — Coupe de la coque testiculaire au voisinage du tissu morbide. (Gross.  $\frac{30}{4}$ ).

- a, a.* Tubes séminifères atrophiés.
- b.* Tissu fibreux intertubulaire.
- c.* Faisceaux musculaires coupés en long.
- d.* Faisceaux musculaires coupés en travers.
- e.* Paroi kystique revêtue de son épithélium.

(Ces deux figures sont prises sur la même préparation et se font suite, en supposant que la figure 7 fait immédiatement suite à la portion gauche de la figure 6.)

*Fig. 8.* — Coupe de canaux séminifères au voisinage de l'albuginée. (Gross.  $\frac{200}{4}$ ).

- a.* Tissu conjonctif de nouvelle formation.
- b.* Membrane propre.
- c.* Épithélium.

*Fig. 9.* — Coupe de canaux séminifères au voisinage du tissu morbide. (Gross.  $\frac{200}{4}$ ). Mêmes lettres que fig. 8.)

**Erratum.**

Page 363, ligne 10, en commençant par en bas, ~~au lieu de~~ :  
Donc pas d'adhérence; point d'hypertrophie, ~~Lisez~~ : Donc pas  
d'athérome; poulx d'hypertrophie.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE

## TOME NEUVIÈME DE LA TROISIÈME SÉRIE

(XLIX<sup>e</sup> ANNÉE)

### A

Accouchement (V. Grossesse, Mole, Utérus).

— d'un monstre, 751.

— Fœtus expulsé avec ses membranes décollées du placenta qui est demeuré dans l'utérus, par Rafinesque, 796.

— Œuf de quatre semaines expulsé spontanément, par Leblond, 811.

Aine. Adénite inguinale double suppurée, abcès du bassin consécutif, par Gouguenheim, 840.

Aisselle. Fibrome papillaire de l'A., par Reclus, 225.

— Phlegmon de l'A., thrombose de la veine axillaire, mort subite, par Maunoir, 725.

Amyloïde (Dégénérescence) (V. Foie, Intestin, Rate, Rein).

Anévrysme. (V. Cœur, Pulmonaire, Artère).

— de l'aorte ouvert dans la bronche, par Cossy, 207.

— de l'aorte, par Raynaud, 606. — par Dianoux, 632. — par Faraheuf, 928.

Anévrysme diffus de l'aorte abdominale, par Deffaux, 571.

— de la fémorale consécutif à une embolie, 809.

— Rupture de l'artère fessière, A. rétro-pelvien faux consécutif, ponction, hémorrhagie mortelle, par Guillaumet, 212.

Angine (V. Pharynx).

Angine de poitrine, 295, (V. Cœur).

Angiocholite consécutive à un kyste hydatique, 145.

Anus. Kyste de la région ano-coccygienne, par Després, 502.

— Ulcération tuberculeuse de l'A., survenue dans le cours d'une phthisie généralisée, par Liouville, 585.

Aorte (V. Anévrysme, Artères, Cœur).

— Rétrécissement congénital de l'A., hypertrophie du cœur, par Moutard-Martin, 737.

— Des rétrécissements congénitaux, de l'A., rapport par Rendu, 888.

Aortite avec péricardite, par Hanot, 446.

Aphasie, 29, 363, 783.

Apoplexie (V. Cerveau, Poumon).

**Arrachement (V. Plaies).**

**Artères (V. Gangrène).** — Athérome, 212, 295. — Athérome généralisé, surtout prononcé sur l'aorte et l'artère pulmonaire, par Voisin, 517.

— Endartérite localisée, 196.

— Aortite chronique avec dilatation anévrysmatique d'un kyste athéromateux, par Homolle, 627.

**Articulations.** — Arthrite blennorrhagique, par Lorey, 518.

— Arthrite sèche suppurée, par Sainte-Marie, 765.

— Epithélioma développé sur une articulation, par Cuffer, 565.

**Ataxie locomotrice progressive.**

— Fracture spontanée chez un ataxique, par Heydenreich, 255.

— Ataxie, atrophie musculaire, contractures permanentes avec flexion des membres, fractures spontanées multiples, consolidation de ces fractures, par Voisin, 804.

— Sur les fractures spontanées dans l'ataxie, *rapport* par Damaschino, 917.

— Luxation de la hanche, chez une ataxique, par Cadiat, 855.

**Atrophie musculaire, 396, 804.**

— Note sur les lésions anatomiques observées dans un cas d'atrophie musculaire progressive, par Troisier, 897.

**B**

**Bassin. (Rétrécissement du), 14.**

— Fracture du bassin avec déchirure de l'urèthre et infiltration d'urine, par Augier, 608.

— Disjonction des symphyses du bassin, fracture de l'os iliaque et du sacrum, par Kirmisson, 743.

— Abscès du bassin, 840.

**Bec-de-lièvre. (V. Conformation, Vices de).**

**Bourses. Sarcome des bourses, vaginalité hémorragique consécutive, par Marcano et Pitres, 545.**

**Bronches (V. Poumon).**

**Bronchique (Adénopathie... cancéreuse), par de Boyer, 729.**

**C**

**Calcanéum (Séquestres du), par Rey, 539.**

**Calculs (V. Prostate, Rein, Vessie).**

**Cancer, Carcinome (V. Cœur, Estomac, Foie, Intestin, Mamelle, Médiastin, Méninges, Œsophage, Plèvre, Sang, Utérus, Vagin).**

— Thrombose pulmonaire dans le cancer, 802.

— C. de l'estomac généralisé aux séreuses et à la peau, par Liouville, 42.

— C. généralisé, par Magne, 144.

— par Ory, 237.

— C. généralisé chez une femme opérée d'épithélioma du clitoris, par Léger, 373.

— C. généralisé à une partie des organes abdominaux et pelviens, méningite secondaire, par Schwartz, 778.

— Carcinome mélanique de la joue, par Schwartz, 396.

**Capsules surrénales (tubercules des), 278.**

**Cerveau (V. Cervelet, Crâne, Méninges, Oreille).**

— Circulation cérébrale, *Rapport* par Hanot, 539.

— Lésion de la 3<sup>e</sup> circonvolution frontale gauche avec aphasie, 29.

— Ancien foyer hémorragique de la partie supérieure de la couche optique chez une enfant idiote, par Stoicesco, 80.

— Endartérite aiguë localisée, ramollissements cérébraux multiples, par Pierret, 196.

— Hémorragie cérébrale dans la maladie de Bright, 363.

— Hémorragie du cerveau, 434.

— Embolie (ou thrombose) cérébrale consécutive à un accouchement, par Colin, 555.

— Athérome aortique, oblitération



- de l'artère cérébrale antérieure, par Boissier, 627.
- Hémorragie cérébrale localisée dans le noyau lenticulaire du corps strié, ayant déterminé une hémianesthésie du côté opposé, par Pierret, 700.
  - Ramollissement cérébral, 873.
  - Lésion cérébrale avec pleurésie purulente du côté opposé, 248
  - *Tumeurs* gommeuses du cerveau, par Troisier, 25.
  - Sarcome de l'hémisphère cérébral gauche, difficultés du diagnostic, par Barié, 414.
  - Tumeur cérébrale, hémiplegie incomplète, par Martin, 429.
  - Tumeur cérébrale, par Pasturaud, 432.
  - Tumeur de la couche optique, du corps strié et du pied de la couronne rayonnante, sans anesthésie, par Chouppe, 559.
  - Tubercules multiples du cerveau et de la moelle, symptômes méningitiques accompagnés d'accès épileptiformes et de contracture, par Hutinel, 618.
  - Tumeur cérébrale comprimant le lobe frontal gauche, parésie du côté droit, aphasie, par Balzer, 783:
  - Tumeur du ventricule latéral, épididymite granuleuse chronique, par Demange, 503.
  - *Abcès* du cerveau dans une otite, 642.
  - *Abcès* du cerveau dans un sarcome de l'ethmoïde, 800.
  - *Abcès* du cerveau consécutif à une carie du rocher, 863.
- Cervelet (V. Cerveau, Crâne, Méninges, Oreille).
- Sclérose du C., par Cornil, 220.
  - Tubercules du C., tuberculose généralisée, par Demange, 394.
  - Tubercules du C., 400.
- Chondrome (V. Radial, Testicule).
- Choroïde (V. Œil).
- Sarcome de la Ch., — par Remy, 128.
- Circonvolutions (V. Cerveau).
- Cirrhose (V. Foie).
- Clitoris (V. Vulve).
- Cœur. Cyanose cardiaque, communication des deux ventricules, lésions valvulaires multiples, par Demange, 46.
- Anomalie de l'orifice aortique, par Hutinel, 128.
  - Absence d'une valvule sigmoïde, par Landouzy, 189. — par Maunoir, 407. — par Martin, 572. — par Moutard-Martin, 737.
  - Communication interventriculaire chez un chien, par Bochefontaine.
  - Persistance du trou de Botal chez un chien adulte, par Bochefontaine, 549.
  - Anomalie du cœur chez un chien, par Bochefontaine, 783.
  - Plaie du C., par Maunoir, 530.
  - *Endocardite* puerpérale végétante et ulcéreuse, anévrysme valvulaire par Liouville, 131.
  - E. aiguë, anévrysme valvulaire, faisant communiquer l'aorte avec le ventricule droit, par Dianoux, 199.
  - E. ulcéreuse. 249, 434.
  - E. aiguë, anévrysme de la valvule mitrale, mort subite, par Peyrot, 260.
  - E. aiguë, avec anévrysme valvulaire, par Peyrot, 262.
  - E. ulcéreuse dans la pneumonie, 376.
  - E. végétante, embolie de l'humérale droite; anévrysme de la fémorale, consécutif à une embolie, par Turner, 809.
  - E. ulcéreuse, par Picard, 863.
  - Gangrène des extrémités inférieures, embolies artérielles, endocardite du cœur gauche, rétrécissement mitral, concrétions fibrineuses de l'auricule gauche, par Turner, 848.
  - Rétrécissement mitral avec endocardite récente, par Andral, 465.
  - Affection cardiaque, par Léger, 266.
  - Aortite chronique, symptômes d'angine de poitrine, mort subite

- par syncope cardiaque, rétrécissement excessif des artères coronaires, infarctus du rein et du cœur, par Rendu, 295.
- Adhérences du péricarde, lésion mitrale, myocardite scléreuse, par Dave, 461.
  - Lésions du cœur avec infarctus pulmonaire, par Duguet, 462.
  - Rétrécissement et insuffisance de l'orifice aortique et de l'orifice mitral, mort par œdème aigu du poumon avec catarrhe suffocant, et expectoration albumineuse, par Moutard-Martin, 866.
  - Granulations tuberculeuses sur l'endocarde, 557.
  - Des affections du C. dans les ulcères de jambe, par Marciano, 691.
  - Cancer du cœur, par Andral, 465.
  - Lésions cardiaques dans la diphthérie, par Stoicesco, 243.
  - Thrombose cardiaque dans le rhumatisme, 526.
  - Dégénérescence du C. dans la fièvre typhoïde, 720.
  - Hypertrophie du C. dans la maladie de Bright, 363.
- Coliques hépatiques, par kyste hydatique, 145.
- Conjonctive. Structure des granulations de la C., par Rémy, 746.
- Conformation (Vices de) (V. Cœur, Foie, Ouraque, Urèthre). Abnormalité congénitale du globe oculaire chez un enfant atteint également d'hydrocéphalie, de bec-de-lièvre, et de syndactylie des mains et des pieds, par Dupuy, 12.
- Cou. Myxome de la région sous-maxillaire, par Hybre, 130.
- Tumeur de la région thyro-hyodienne, par Exchaquet, 458.
  - Kyste séreux congénital de la nuque et du cou chez un fœtus de 4 mois 1/2, par Guillaumet, 582.
  - Lymphadénome de la région sous-maxillaire, par Marchand, 645.
- Crâne. Fracture ancienne de la

- voute du C., réunion osseuse et fibreuse, stalactites, par Budin, 22.
- Fracture de l'occipital, contusion cérébrale et épanchement sanguin au niveau du lobe frontal droit, par Marciano, 106.
  - Traumatisme du C., méningo-encéphalite tardive, abcès du cerveau, pleurésie purulente, par Hirtz, 248.
  - Traumatisme du C., méningo-encéphalite consécutive, pyohémie lente, par Bouveret, 673.
  - Lésions syphilitiques du C. par Barié, 676.
  - Nécrose syphilitique du pariétal, méningo-encéphalite consécutive, abcès du cerveau, par Rémy, 604.
  - Tumeur de la base du C., 83.
- Crural (V. Hernie).
- Cyanose (V. Cœur).

## D.

- Déglutition dans un cas de destruction de l'épiglotte, par Cartaz, 551.
- Dents. — Sur une variété non décrite de kystes dentaires, par Duret, 686.
- Diaphragme (Lymphangite du) 797.
- Diphthérie (V. Cœur).
- Doigts (Sur la distribution des nerfs collatéraux des), par Richelot, 574.

## E.

- Eclampsie, p. 607.
- Elections, 230, 286, 384, 414, 454, 517, 572, 607, 624, 716, 791, 843, 893, 920, 932.
- Eloge de Bricheteau, par Brouardel, 58.
- Embolie (V. Cerveau, Cœur).
- E. pulmonaire, 477.
  - E. des grosses artères causées par des caillots fibrineux développés dans les cavités gauches du cœur, par Turner, 676.

**Enchondrome** (V. Radial, Testicule).  
**Endocardite** (V. Cœur, Os, Reins).  
**Entérite** (V. Intestin).  
**Epistaxis** suivie de mort, 524.  
**Epithéliome** (V. Estomac, Intestin, Langue, Utérus, Vulve).  
**Erysipèle** (V. Leucocythémie).  
 — Lymphangite pulmonaire et péritonite dans l', par Cadiat, 770.  
 — E. chirurgical, 775.  
**Estomac** (V. Cancer).  
 — Gastro-entérite ulcéreuse, 781.  
 — (Ulçère simple de l'), par Ch. Rémy, 894.  
 — (Ulçère de l') à marche foudroyante, par Fioupe, 303.  
 — (Ulérations tuberculeuses de l'), mort par hématomèse, par Lorey, 596.  
 — (Cancer colloïde de l'), par Voisin, 402.  
 — (Cancer de l') avec adhérences à la paroi abdominale, par Landouzy, 298.  
 — (Cancer de l') avec généralisation, infiltration cancéreuse des fausses membranes pleurales, par Raymond, 302.  
**Esthiomène** (V. Vulve).  
**Etrangers** (Corps). (V. Genou, Nez, Œil, Vessie, Urèthre).  
**Exostose** sous-unguéale de l'index, par Ory, 239.  
 — vertébrale, 421.  
**Expectoration** albumineuse, 866.

## F.

**Face** (Névralgie symptomatique de la), 535.  
 — (Paralysie de la), 29, 35.  
 — (Disjonction des os de la) chez un fœtus, par Petit, 251.  
**Fémur** (Fracture extra-capsulaire du col du), éclatement du grand trochanter, par Vallérian, 825.  
 — (Fracture du col du), par Mau noir, 407.  
 — (Fracture presque spontanée du) consécutive à un ostéosarcome, par Cuffer, 155.

**Fémur. Ostéosarcome** du fémur, désarticulation de la cuisse, guérison, sarcome du poulmon, mort, par Martinet, 408, 862.  
 — Tumeur du fémur, par Montheil, 260.  
**Fesses.** (V. Anévrisme) Fibrome de la région fessière, par Léger, 750.  
**Fibreux** (Corps) (V. Utérus, Grossesse).  
**Fibrome** (V. Aisselle).  
**Fèvre typhoïde** (Mort subite dans un cas de), dégénérescence graisseuse du cœur, par Dianoux, 720.  
 — Phthisie aiguë, symptômes typhoïdes, lésions simultanées de tuberculose et de dothiéntérie, par Barié, 703. — Examen histologique, par Cadiat, 742, 758. — *Rapport*, par Coyne, 841.  
**Fistule** (V. Vagin).  
 — bronchique, par Raynaud, 517.  
 — broncho-œsophagienne, 96.  
 — consécutive à un kyste suppuré du rein, par Lorey, 852.  
 — urinaire produite par une destruction tuberculeuse de la prostate, par Exchaquet, 548.  
**Foie** (V. Sarcome, Thorax).  
 — (Lobule surnuméraire du), par Laget, 42.  
 — (Anomalies du), par Longuet, 186.  
 — Hépatite suppurée, phlébite par voisinage des veines sus-hépatiques, par Moutard-Martin, 868.  
 — (Cirrhose du), hématomèses, varices œsophagiennes, par Fioupe, 100. — *Rapport*, par A. Renault, 698.  
 — (Cirrhose du), par Fioupe, 543.  
 — (Cirrhose du) chez l'enfant, par Cazalis, 878.  
 — (Cirrhose syphilitique du), 562.  
 — normalement lobulé, cicatrices considérées comme étant d'origine syphilitique, par Homolle, 53.  
 — (Tumeurs gommeuses probables du) et du cerveau, par Troisier, 35.  
 — Hépatite syphilitique, 435.  
 — (Hypertrophie du), hépatite interstitielle probablement syphili-

- tique, dégénérescence amyloïde des intestins, des reins, de la rate, par Raymond, 91.
- (Lésions du) dans l'impaludisme, 856.
  - (Lésions du) dans la septicémie, 775.
  - (Lésions du) dans un cas d'éclampsie, 807.
  - Kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires, par Hirne, 50.
  - Kyste hydatique dans les voies biliaires; coliques hépatiques, angiocholite avec accès fébriles intermittents, mort par péritonite à la suite d'une ponction aspiratrice, par Graux et Hayem, 145.
  - Kyste hydatique suppuré ouvert à l'extérieur, symptômes de pneumothorax, par Budin et Regnard, 157.
  - Kyste hydatique alvéolaire, par Graux, 188.
  - Kyste hydatique communiquant avec le duodénum et s'étant fait jour par le poumon en déterminant une gangrène pulmonaire et une hémoptysie foudroyante, par Rendu, 482.
  - Kyste hydatique guéri spontanément, par Iszenard, 650.
  - Cancer primitif à marche très-rapide, par Budin, 22.
  - Carcinome primitif formant une masse unique recouverte uniformément par la parenchyme hépatique, par Fourestié, 38.
  - Fœtus monstrueux, par Baudry, 312.
  - Fractures (V. Bassin, Crâne, Humérus, Fémur, Malléole, Thorax).
    - F. de jambe avec section de l'artère par l'os.
  - Fractures spontanées (V. Ataxie, Fémur, Os, Ostéosarcome).

## G

Ganglions (V. Lymphatiques).  
Gangrène (V. Cœur).

- Gangrène du poumon, 299.
- spontanée: — note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de certains cas de gangrène spontanée, par Pitres, 653.
  - des membres, 848.
  - Genou (corps étrangers du), par Exchaquet, 459.
  - Gommes (V. Cerveau, Foie).
  - Goutteuse (diathèse), dégénérescence kystique des reins, gravelle, mort à la suite d'une épistaxis, par Lorey, 524.
  - Grossesse compliquée de corps fibreux de l'utérus, accouchement spontané, à terme, d'un fœtus macéré, métror-péritonite consécutive, par Rigabert, 88.
  - extra-utérine, par Raymond, 471.
  - extra-utérine tubaire, hémato-cèle pelvienne, par Martin, 509.

## H.

- Hématémèse par varices de l'œsophage, 100.
- Hématocèle (V. Uterus).
- Hémianesthésie de cause cérébrale, 700.
- Hémiplégie (V. Face, Cerveau).
  - alterne, 35. — par Hanot, 666.
  - directe par tumeur de la base du crâne, 83.
- Hémoptysie (V. Pulmonaire, artère), 482.
- Hémorragie (V. Cerveau, Intestin, Poumon).
- Hernie crurale [étranglée, perforation de l'intestin malgré la grande largeur du collet et de l'anneau crural, par Zambianchi, 90.
- crurale étranglée, perforation intestinale quelques jours après le débridement, par Rogeau, 209.
  - épiploïque vaginale, séparée d'une entéro-épiplocèle plus volumineuse par un canal offrant deux collets, par Rémy, 374.
  - Hydrocèle dans un sac herniaire formé dans l'intérieur de l'épi-

- ploon hernié et adhérent au collet du sac, par Kirmisson, 443.
- Sac herniaire deshabité, persistance de l'orifice de communication avec le péritoine, malgré l'irréductibilité de la tumeur pendant la vie, par Robin, 575.
- Humérus (Fracture par pénétration de l'extrémité supérieure de l'), par Rémy, 128.
- Hydatide (Membrane d') rendue par les vomissements, par Martin, 910.
- Hydatique (V. Rate, Foie, Rein).
- Hydrocéphalie. (V. Conformation (Vices de)
- Hydronéphrose (V. Urètre).

## I.

- Idiotie, 80.
- Iliac (Fosse) (Phlegmon de la), caries multiples, tuberculose miliaire aiguë, symptômes de dysenterie, par Sockeel, 709.
- Impaludisme, examen histologique de pièces provenant d'autopsies d'enfants morts de cachexie palustre, par Cornil, 856.
- Infection purulente consécutive à un débridement du méat urinaire chez un calculeux, par Augier, 406.
- Intestin (V. Fièvre typhoïde, Hernies.)
- Entérite pseudo-membraneuse, par Raynaud, 251.
  - Entérite polypeuse, par Fourestié, 366.
  - Gastro-entérite ulcéreuse avec hémorragie et perforation, par Deffaux, 781.
  - Hémorragie intestinale chez un albuminurique, 847.
  - (Dégénérescence amyloïde de l'), 91.
  - (Cancer de l') généralisé au péritoine, par Dave, 459.
  - Epithélioma de l'S iliaque, ayant donné lieu à des symptômes d'occlusion intestinale, par Kirmisson, 613.

- Intestin (Invagination de l'), par Cadiat, 604.
- Sable intestinal, par Legroux, 672.
- Inversion des organes thoraciques et abdominaux constatée pendant la vie, par Lorey, 518.
- des viscères, 572.

## K.

- Kystes (V. Dents, Foie, Ligaments larges, Mamelles, Ovaire, Paupières, Rate, Rein).

## L.

- Langue (Ulcérations tuberculeuses da la), par Rémy, 795.
- (Epithéliome de la base de la) ayant envahi le pharynx et le larynx, destruction de l'épiglotte, déglutition possible sans suffocation, par Cartaz, 551.
- Larynx. — Nécrose du cartilage thyroïde, œdème de la glotte, abcès ayant fusé vers l'œsophage, par Guyard, 507.
- Sarcome d'une des cordes vocales, mort rapide avec symptômes de congestion cérébrale, par Raymond et Longuet, 73.
  - (Papillome du), 115.
- Leucocythémie (Sur l'érysipèle comme complication de la), par Hannot, 758.
- Ligament large (Kyste du), par Barié, 43.
- (Kyste dermoïde du) diagnostiqué, gastrotomie, par Moutard-Martin, 182.
- Luxation (V. Ataxie).
- Lymphadénome (V. Cou).
- du médiastin, 132.
- Lymphatiques (V. Bronchique, Poumons, Mésentère).
- Ganglions (Anatomie normale et pathologique des), *Rapport*, par Du Castel, 60.
- Lymphangite (V. Erysipèle, Poumon).

Lymphangite purulente diaphragmatique, par Cuffer, 797.

### M

- Maladie de Bright (V. Rein).  
 Malléoles. Fracture des M., par Moizard, 207.  
 Mamelle. Hypertrophie générale de la M., par Labarraque, 885.  
 — Tumeur kystique de la M., par Cadiat, 11.  
 — Dilatation kystique des conduits galactophores, consécutive au développement de végétations poly-pifformes dans leur intérieur, par Rogeaud, 108.  
 — Sarcome de la M., par Kirrison, 457.  
 — Sarcome kystique de la M., par Zambianchi, 592.  
 — Kysto-sarcome de la M., par Herpin, 633.  
 — Squirrhé atrophique de la M., noyaux secondaires dans l'utérus, pleurésie, par Hutinel, 384.  
 — Carcinome mélanique du sein chez un homme, par Marciano, 921.  
 Maxillaire. Sarcome du M., par Dave, 622.  
 — Région sous-M. (V. Cou).  
 Médiastin. Absès du M. postérieur, 96.  
 — Lymphadénome du M., par Pasturaud, 192.  
 — Carcinome du M., intéressant les ganglions et le péricarde, par Rendu, 493.  
 Méninges (V. Cerveau, Cervelet, Crâne, Moelle).  
 — Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par Hutinel, 390.  
 — Tumeur développée dans la fosse cérébelleuse droite, en dedans de la dure-mère, comprimant le cervelet et la protubérance, et ayant donné lieu à des symptômes d'hémiplégie droite, par Cossy et Lorreyte, 83.  
 — Sarcome de l'arachnoïde, par Raymond, 474.

Méninges. Carcinome de la dure-mère comprimant le ganglion de Gasser, par Fioupe, 535.

Mésentère. Tumeur des ganglions du M., par Raymond, 437.

— Tumeur fibro-plastique du M. développée probablement dans les ganglions lymphatiques, par Ladmiral, 638.

Moelle (V. Ataxie). Sclérosé de la M., 396.

— Pachyméningite spinale antérieure comprimant le renflement lombaire et les nerfs de la queue de cheval, myélite diffuse, surtout épendymaire, par Rendu, 592.

— Pachyméningite spinale caséuse, localisation des foyers caséux dans les espaces lymphatiques, par Cornil, 605.

— Lésions tuberculeuses dans la M., par Liouville, 614.

— Tubercules de la M., 618.

Môle hydatiforme, hémorrhagie, expulsion, guérison, par Budin, 907.

Monstre pseudo-anencéphale mort-né à 9 mois de grossesse, avec rupture spontanée de la poche sanguine avant la naissance, par Guillaumet, 751.

Mort rapide, 73, 526.

— M. subite, 260, 295, 446, 477, 720, 725.

Muqueuses. Lésions tuberculeuses des M., par Cadiat, 644.

Myxome (V. Cou.)

### N

Nécrologie. Mort de M. Cravéilhier, par Charcot, 230.

Nécrose. (V. Crâne, Os).

Névralgies. (V. Face), 533.

Nez, Fosses nasales. — Fragment d'obus logé dans la cloison du N. par Lemaistre, 632.

— Polype naso-pharyngien, 786.

— Polype muqueux implanté à la partie postérieure des F. N., par Reclus, 678.

Nez. Des polypes de la partie postérieure des F. N., par Ory, 912.  
 — Sarcome de l'ethmoïde ayant envahi les cavités orbitaire et crânienne; abcès du cerveau, par Bouilly, 800.

## O

Obus (V. Nez).  
 Œil (V. Vices de conformation, Conjonctive).  
 — Corps étranger intra-oculaire, par Rémy, 127.  
 — Ossification de la choroïde, par A. Rémy, 718.  
 — Tubercules de la choroïde, diagnostiqués par l'ophthalmoscope, par Stoicesco, 737.  
 — Mélanosarcome du globe oculaire, par A. Rémy, 717.  
 Œsophage. Sur les varices de l'Œ. dans la cirrhose, 100.  
 — Rétrécissement pharyngo-œsophagien, par Landrieux, 419.  
 — Rétrécissement cicatriciel de l'Œ., fistule broncho-œsophagienne, abcès du médiastin postérieur, par Mouton, 96.  
 — Rétrécissement cancéreux de l'Œ., communiquant avec la trachée et les bronches, par Decaudin, 668.  
 — Cancer de l'Œ., gangrène consécutive du poumon, par Artus, 299.  
 Œuf. (V. Accouchement.)  
 — O. Humain de trois semaines, par Longuet, 607.  
 Orbita. Tumeur cancéreuse de l'O., par Rémy, 718.  
 — Carcinome de l'O., par Schwartz, 876.  
 Oreille. Séquestres osseux du conduit auditif, par Cartaz, 679.  
 — Otite ancienne, compliquée d'abcès du cerveau, par L. Championnière, 387.  
 — Otite suppurée avec abcès du cerveau et du cerveau, zona symptomatique le long des branches du trijumeau, par J. Renaut, 642.

Oreille. Abcès du cerveau consécutif à une carie du rocher, par Picard, 863.  
 Os. (V. Crâne, Fémur, Radius, Sarcome, Sternum, Syphilis.)  
 — Ostéite de la tête du fémur, par Cuffer, 375.  
 — Ostéomyélite du fémur, fracture spontanée, par Marciano, 241.  
 — Périostite phlegmoneuse diffuse, endocardite ulcéreuse, par Hirtz, 249.  
 — Récidive d'une ancienne affection osseuse, 777.  
 — Tumeur de l'os iliaque et de la colonne vertébrale, par Laget, 826.  
 — Sur l'ostéosarcome et les fractures spontanées qui en sont la conséquence, par Pasturaud, 688.  
 — Cancers multiples des os et de la voûte du crâne, sans généralisation à aucune viscère, par Léger, 467.  
 Ouraque. Persistance de l'O., 174.  
 Ovaire (V. Tubercules). Tumeur de l'O., ovariectomie, mort, par Ory, 340.  
 — Histologie des tumeurs de l'O., par Malassez, 344.  
 — Tumeur fibreuse de l'O., par Ziembicki, 673.  
 — Kyste de l'O., ponction suivie de mort après 54 heures, par Boissier, 415.  
 — Kyste dermoïde de l'O., par Rendu, 493.  
 — Kyste de l'O., dégénérescence fibreuse de la paroi, par Dave, 79.  
 — Kyste de l'O., production sarcomateuse végétante au niveau des parois, par Tresfort, 568.  
 — Sarcome kystique de l'O., par Rémy, 671.

## P

Pachyméningite (V. Méninges, Moelle).  
 Palais (Voile du), (V. Pharynx).  
 Palatine (Voûte). (V. Pharynx).  
 Tumeur congénitale de la V. P., par Clérault, 380.

- Palatine (Voute). Sarcome glandulaire de la V. P., par Coyne, 577.
- Paludéen (V. Impaludisme).
- Papillome (V. Larynx, Pharynx).
- Paralysie infantile, 421. — par Vallerian, 449.
- Paraplégie (V. Moelle).
- P. Incomplète, 502.
- Paupière. Kyste de la P., par Plan-teau, 486.
- Peau (V. Cancer).
- Péricarde (V. Cœur). Absence du P. par arrêt de développement, par Lebec, 435.
- Inflammation du P. avec aortite, 446.
- Péricardite fibrineuse, 498.
- Péricardite purulente chez un nouveau-né, par Homolle, 745.
- Adhérences du P. 596.
- Adhérence généralisée du P. chez un tuberculeux, par Graux, 144.
- Tuberculisation aiguë du P., par Moutard-Martin, 820.
- Périostite (V. Os).
- Péritoine (V. Sarcome).
- Absès péritonéal entre le foie et le diaphragme, ouvert dans le poulmon droit, par Pasturud, 189.
- Péritonite traumatique chez un chien, par Bochefontaine, 380.
- Pharynx. Papillome d'origine probablement syphilitique de la mu-queuse palatine, pharyngienne, épiglottique et laryngée, chez un sujet tuberculeux, par Homolle, 115.
- Pharyngite syphilitique, par Machon, 212.
- Angine syphilitique ou scrofu-leuse ancienne, ulcération de la carotide, par Landrieux, 556.
- Contribution à l'étude des poly-pes naso-pharyngiens, par Dupuy, 706.
- Phthisie (V. Poumon, Pulmonaire, Rein, Tuberculose).
- Pied (Epithéliome du) chez un psor-iasique, par Pozzi, 587.
- Pied-hot, 369. (V. Vices de con-formation.)
- Plaies. Arrachement du pouce, par Andral, 82.
- Plèvres, pleurésie. (V. Poumon, Rein.)
- purulente, 797, 911.
- purulente droite coïncidant avec une lésion cérébrale gauche, 245.
- (Gangrène de la), pneumonie disséquante, par Hayem et Graux, 313, 372.
- cancéreuse, 302.
- (Cancer de la) consécutif à un cancer du sein, par Fourasté, 309.
- (Cancer primitif de la) propagé aux poumons, par Darolles, 439.
- Hydropneumothorax, 29.
- Symptômes de pneumothorax dans un cas de kyste du foie, ou-vert à l'extérieur, 157.
- Pneumonie (V. Poumon).
- Pneumothorax (V. Plèvre).
- Poplité (Sarcome du creux), par Hervouet, 257.
- Porte (Veine). (V. Foie).
- Pyléphlébite, 675. — Par Mi-chel, 791.
- Poumon (V. Cœur, Plèvre, Pulmo-naire, Sarcome, Tubercules).
- Pneumonie alcoolique, endocar-dite ulcéreuse, méningite, par Da-rolles, 376.
- Pleuro-pneumonie, péricardite fibrineuse, par Guillerme, 498.
- (Gommes du), pneumonie ca-tarrhale et purulente, par Cuffer, 844.
- (Sur les lymphangites du), par Cornil, 322.
- Lymphangite pulmonaire dans l'érysipèle, 770.
- Apoplexie pulmonaire, 29.
- Bronchite chronique et emphy-sème, lésion cardiaque, hémopty-sie, infarctus pulmonaire, par Du-guet, 462.
- (Gangrène du), 299, 482.
- (Kystes hydatiques du) par Def-faux, 651.
- Prostate (Hypertrophie de la) et valvule vésicale, par Angelot, 130.



**Prostate** (Hypertrophie de la) ayant rendu impossible le cathétérisme, ponction de la vessie, mort, par Kirmisson, 830.

— (Calcul de la) ne s'étant traduit pendant la vie par aucun symptôme, par Longuet, 131.

— (Tubercule de la), par Exchaquet, 548.

**Protubérance** (V. Cerveau).

— (Hémorrhagie de la), hémiplegie droite, avec paralysie partielle du facial à gauche, par Henriot, 35.

— (Hémorrhagie de la), par Pinard, 37.

— (Hémorrhagie de la), paralysie infantile, exostose vertébrale, par Bourneville et Debove, 421.

— (Tubercule de la), par Hanot, 400.

— (Tubercules de la) chez un homme ayant des tubercules pulmonaires et une carie vertébrale, par Kelsch, 870.

**Psoriasis**, 832.

**Psoriasis avec épithélioma**, 587.

**Puerpéral** (V. Cœur).

— Endocardite, 131.

— Thromboses multiples chez une femme récemment accouchée, typhlite et pyéléphlébite, par Petit, 675.

— Eclampsie, mort rapide, stéatose rénale, stéatose et infiltration biliaire du foie, avec hémorrhagies multiples sous la capsule de Glisson, par Homolle, 807.

**Pulmonaire** (artère). (V. Cœur, Embolie, Poumon).

— (Athérome de l'), 517.

— (Anévrysme sur une branche de l') dans une caverne tuberculeuse, hémoptysie, par Lépine, 162.

— (Pseudo-anévrysme de l') développée dans une caverne tuberculeuse, par Raynaud, 169.

— (Anévrysme de l') dans une caverne, hémoptysie, par Rendu, 388.

— (Note sur deux cas de thrombose) développés dans le cours de cancers viscéraux, par Homolle, 802.

**Pulmonaire** (Thrombose de l'), par Ch. Remy, 894.

## R.

**Rachis** (V. Vertèbres).

**Radial** (Chondrome du nerf), par Exchaquet, 307.

**Radius** (Sarcome périostique du), par Bellon, 79.

— (Luxation du) en dehors, par Marchand, 680.

— (Luxation ancienne du) en arrière, chez un homme atteint d'exostoses multiples, par Petit, 904.

**Ramollissement** (V. Cerveau.)

**Rapport sur les ganglions lymphatiques**, par Du Castel, 60.

— sur la candidature de Barié, par Coyne, 841.

— Budin, par Marciano, 369.

— Cuffer, par Pasturaud, 688.

— Duret, par Hanot, 539.

— Fioupe, par A. Renault, 698.

— Henriot, par Hanot, 696.

— Lorey, par Ory, 572.

— Moutard-Martin, par Rendu, 888.

— Raymond, par Marciano, 562.

— Rémy, par Duret, 686.

— Rigabert, par Dupuy, 226.

— Voisin, par Damaschino, 917.

**Rate amyloïde**, 91.

— (Lésions de la) dans l'impaludisme, 856.

— (Kyste hydatique de la) par Defaux, 651.

— (Kyste hydatique de la) ouvert dans la plèvre, pleurésie purulente enkystée, kystes hydatiques disséminés dans tous les organes abdominaux, par Rey, 911.

**Récidive de cause interne d'une ancienne affection osseuse**, par Pozzi, 772.

**Rectum** (Ulcération du). 258.

— (Rétrécissement fibreux du), péritonite et pleurésie purulente, lymphangite purulente diaphragmatique, par Cuffer, 797.

**Règlement. Modifications de l'article** 59, p. 188.

- Rein (V. Tubercules, Urètres, Urèthre). — Dyspnée urémique, apoplexie pulmonaire, aphasie, hémiplegie faciale droite, hydro-pneumothorax ; lésion limitée à la troisième circonvolution frontale gauche, par Hervey, 29.
- Maladie de Bright chez un plithisque syphilitique, par Rémond, 258.
- Maladie de Bright, endocardite, pleurésie, péri-hépatite, par Hanot, 275.
- Maladie de Bright, hypertrophie du cœur, hémorrhagie cérébrale, par Lépine, 363.
- Hémorrhagie intestinale chez un albuminurique, par Muzelier, 847.
- Maladie de Bright, anasarque considérable, urines très-albumineuses, hypertrophie du cœur, péricardite : à l'autopsie, rein contracté granuleux, ramollissement cérébral, par Hanot, 873.
- Rein amyloïde, 91.
- (Lésions du) dans l'impaludisme, 856.
- Néphrite calculeuse, 30.
- (Dépôts uratiques dans le), 166.
- Lithiase rénale, 721.
- (Dégénérescence kystique du) dans la goutte, 523.
- (Kyste suppuré du) avec fistule persistante, 852.
- (Kyste hydatique du), par Laget, 242.
- (Kyste hydatique du), par Defaux, 651.
- (Gomme du), 844.
- (Infarctus ancien du), par Lebec, 856.
- Rétrécissement (V. Aorte, Cœur, Œsophage, Rectum, Urèthre).
- Rhumatisme articulaire subaigu ; endocardite ulcéreuse, foyer hémorrhagique du centre ovale rompu dans la cavité arachnoïdienne, syphilis, hépatite hyperplasique, par Raymond, 434.
- Mort rapide par thrombose cardiaque chez une femme atteinte de), par Martin, 526.

Rocher (V. Oreille).

## S

- Sable intestinal, 672.
- Sang (De l'influence de l'alimentation sur la proportion des globules blancs dans le), par Wilbouchewitch, 227.
- (Sur la richesse du) en globules rouges chez les cancéreux, par Malassez, 282.
- (Sur la richesse du) en globules rouges chez les tuberculeux, par Malassez, 287.
- Sarcome (V. Bourses, Fémur, Larynx, Mamelles, Maxillaire, Mésentère, Nasales, Œil, Ovaire, Pophit, Radius, Sternum, Testicule, Vulve).
- fasciculé rétro-péritonéal, pris pendant la vie pour un myome de l'utérus, tumeur secondaire dans le foie et le poumon, par Pitres, 25.
- pulsatile multiple de la fosse temporale, du corps thyroïde et du sternum, par Vallerian, 754.
- Sclérose (V. Ataxie, Cervelet, Moelle).
- Serofule (V. Angine).
- Septicémie. (Dégénérescence aiguë du foie et des reins, causée par le), par Pozzi, 775.
- Sequestre (V. Calcanéum, Oreille).
- Séreuse (V. Cancer).
- Sternum (Ostéosarcome du), 754.
- (Ostéosarcome du), par Lorey, 625.
- Surrénales (Capsules). (Tubercules des), absence totale de *Bronzed-skin*, par A. Robin, 278.
- Sympathique (Note sur l'état du système nerveux), dans un cas d'atrophie musculaire progressive, et dans un cas de sclérose primitive et symétrique des cordons latéraux de la moelle épinière, par Lubimoff, 396.
- Syndactylie (V. Vices de conformation).
- Syphilis (V. Foie, Crâne, Pharynx, Rein).

Syphilis, 305, 434.

- infantile, lésions osseuses, par Poncet, 118.
- tertiaire, gommès suppurées de la cuisse, gommès du rein, du poumon, pneumonie catarrhale et purulente, par Cuffer, 844.

## T

Température (V. Urémie).

Testicule (V. Tubercules).

- (Enchondrome du) ayant affecté la marche d'une orchite chronique, par Zambianchi, 592.
- (Sarcome kystique du) ayant nécessité la castration, par L. Robin, 610. — Examen histologique, par Malassez, 921.
- (Sarcome du) généralisé aux poumons, sans récurrence locale de la tumeur, par Léger, 702.
- (Tumeur du), par Moutard-Martin, 357.
- Varicocèle guérie par phlébite spontanée adhésive, par Oulmont, 548.

Thorax. Ecrasement des parois thoraciques, emphyème, contusion du foie, par Henriot, 203.

- (Ecrasement du) avec lésions viscérales, par Guyard, 896.

Thrombose (V. Pulmonaire, Utérus, Veines).

Thyroïde (Corps). Sarcome du, 751.

Trompe (V. Tuberculose).

Tubercules, Tuberculisation, Tuberculose (V. Cerveau, Cervelet, Langue, Péricarde, Pharynx, Poumon, Protubérance, Sang, Surrénales).

- généralisée, 278, 390, 585.
- généralisée chez un enfant de cinq mois, par Letulle, 557.
- aiguë, 437.
- miliaire aiguë, 709.
- Phthisie granuleuse simulant la fièvre typhoïde, tubercules de la choroïde, diagnostic par l'ophthalmoscope, par Stoicesco, 747.
- Phthisie aiguë, symptômes ty-

phoïdes, lésions simultanées de tuberculose et de dothiémémie, par Barié, 705. — Examen histologique, par Cadiat, 742, 758.

- des muqueuses, par Cadiat, 644.
  - de la langue, 795.
  - Angine, par Hanot, 336.
  - bronchique et pulmonaire ayant donné lieu à des phénomènes de compression des veines caves, carie de la 3<sup>e</sup> côte, symphyse cardiaque, ulcération tuberculeuse de l'estomac, par Lorey, 596.
  - des organes génito-urinaires, par Chenet, 267.
  - généralisée, inflammation caécuse de la trompe, par Coyne, 269.
  - des organes génito-urinaires et des poumons, par Barety, 273.
  - du testicule, gangrène du membre inférieur, par Cartaz, 431.
  - des organes génito-urinaires, granulations de la muqueuse vésicale, par Voisin, 513.
  - des organes génito-urinaires, par Cuffer, 767.
  - génito-urinaire, par Moutard-Martin, 821.
- Typhoïde (V. Fièvre).

## U

Ulcère (V. Estomac, Intestin).

- (Sur les) de jambe entretenus par une affection du cœur, par Marciano, 691.

Urémie (V. Rein, Utérus). — Dyspnée urémique, 29.

- avec abaissement de température, 178.

— Urémie, 502.

Urètre (V. Urèthre).

- (Oblitération de l') par des dépôts uratiques, hydrocéphale consécutive, par Barety, 166.
- (Oblitération de l'), 174, 178.
- (Anomalie de l'), par Henriot, 428.

Urèthre. (Diaphragme de l') chez un nouveau-né, permanence et dila-

- tation de l'ouraque, distension des uretères et kystes des reins, par Seuvre, 174.
- (Rétrécissement de l'), par Léger, 266.
  - (Déchirure de l'), 608.
  - (Corps étranger de l'), par Le-maistre, 632.
- Utérus. (V. Accouchement, Grossesse, Sarcome, Tubercules).
- (Rupture spontanée de l') pendant l'accouchement, chez une femme présentant un bassin rétréci de 9 cent., par Petit, 14.
  - (Rupture de l'), 251.
  - Hématocèle rétro-utérine, grossesse extra-utérine, par Raymond, 471.
  - (Polype de l'), à implantations multiples, par Martin, 19.
  - (Corps fibreux de l'), éliminé spontanément, par Hybre, 83.
  - (Corps fibreux de l'), avec grossesse, 88.
  - (Fibrome de l'), par Ziembicki, 451.
  - (Corps fibreux de l'), rétention d'urine méconnue, ponction de la vessie, phlébite utérine, par Budin, 531.
  - Tumeur fibreuse intra-utérine, par Rémy, 718.
  - (Polype de l'), par Heydenreich, 769.
  - (Corps fibreux de l'), communication fistuleuse avec le rectum, par Muzelier, 848.
  - (Corps fibreux de l') et polype utérin, métr-o-péritonite aiguë, par Lorey, 520.
  - (Cancer de l') propagé à la vessie, oblitération des uretères, urémie à forme gastrique, abaissement de la température, par Carpentier-Méricourt, 178.
  - (Cancer secondaire de l'), 384.
  - (Épithélioma de l'), thromboses avec phlébolithes dans les plexus ovariens, embolie pulmonaire, mort subite, par Hayem et Graux, 477.
  - (Cancer de l'), thromboses de

l'artère pulmonaire et de la veine crurale, par Homolle, 627.

- (Cancer de l'), phlegmatia alba dolens, cancer secondaire de la colonne vertébrale, destruction du psoas gauche par un abcès, irritation et inflammation des nerfs du plexus lombaire, par De Beurmann et Boudet, 832.

## V

Vagin. Fistule vésico-vaginale opérée sans succès, péritonite suraiguë, sans rapport direct avec cette lésion ni avec l'opération, par Bouilly, 680.

- Cancer généralisé ayant pour point de départ les parois du vagin, par Boissier, 588.

Varices (V. Œsophage, Foie).

Varicocèle (V. Testicule).

Veine (V. Aisselle, Cancer, Pulmonaire. Utérus).

- Thrombose veineuse dans la phthisie galopante, par Raymond, 475.
- Rétablissement de la circulation dans les veines oblitérées, par Pitres, 928.

Vertèbres. Carie vertébrale, 870.

- Mal de Pott lombaire, par Rafinesque, 854.

— (Carcinome fibreux des), avec généralisation dans les poumons, par Ulliac, 725.

Vessie. (V. Tubercules).

- (Valvule de la), 130.

— Cystite chronique, phlébite suppurée des plexus de Santorini, par Carpentier-Méricourt, 678.

- (Calculs de la), pyélo-néphrite consécutive, par Schwartz, 39.

— (Calculs de la) autour d'un corps étranger, par Ziembicki, 410.

- Calculs de la), opération de lithotritie périnéale, mort d'infection purulente, lithiase rénale, par Ory, 721.

Vomiques (V. Péritoine).

Vulve. Kyste sébacé de la petite lèvre, par Kirmisson, 445.

- Vulve. Epithélioma tubulé de la vulve et de la peau du pubis, terminé par cicatrisation, par Cornil, 231.  
— Epithélioma du clitoris, 373.  
— Sarcome développé dans les grande et petite lèvres gauches, par Boissier, 625.

## Z

- Zona symptomatique le long des branches du trijumeau, par J. Renaut, 642.

## TABLE

## DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

## MENTIONNÉES DANS CE VOLUME

## A

- Andral, p. 82, 465.  
Anger (Th.), p. 177, 185, 777.  
Angelot, p. 130.  
Artus, p. 299.  
Augier, p. 406, 608.

## B

- Balzer, p. 783.  
Baréty, p. 166, 273.  
Barié, p. 43, 414, 676, 705, 841.  
Baudry, p. 312.  
Bellon, p. 79.  
Berger, p. 99, 107.  
Beurmann (de), p. 832.  
Bochefontaine, p. 380, 465, 549, 783.  
Boissier, p. 415, 588, 625, 627.  
Boudet, p. 832.  
Bouilly, p. 320, 680, 800.  
Bourneville, p. 421.  
Bouveret, p. 673.  
Boyer (de), p. 729.  
Bricheteau, p. 58.  
Brouardel, p. 58.  
Budin, p. 22, 157, 162, 369, 474, 531, 907.

## C

- Cadiat, p. 11, 195, 340, 342, 604, 644, 742, 758, 770, 855.  
Carpentier-Méricourt, p. 178, 678.

- Cartaz, p. 451, 551, 679.  
Carville, p. 36, 52, 251, 320, 380, 502, 529.  
Cazalis, p. 878.  
Chantreuil, p. 255.  
Charcot, p. 36, 37, 52, 53, 87, 96, 106, 155, 165, 169, 172, 173, 181, 195, 198, 203, 230, 277, 298, 365, 399, 432, 464, 501, 529, 556, 606, 631, 643, 645, 668, 672, 705, 743, 766, 772, 775, 811, 820, 856, 863, 875, 895, 903, 932.  
Chenet, p. 267.  
Chouppé, p. 321, 506, 559.  
Clérault, p. 380.  
Colin, p. 555.  
Cornil, p. 141, 164, 165, 202, 203, 217, 231, 322, 434, 605, 819, 844, 856, 916.  
Cossy, p. 83, 207.  
Coyne, p. 269, 272, 509, 576, 577, 580, 594, 595, 613, 708, 799, 841, 844, 915, 927.  
Cruveilhier (J.), p. 230.  
Cuffer, p. 155, 375, 565, 688, 767, 797, 844.

## D

- Damaschino, p. 917.  
Darolles, p. 376, 439.  
Dave, p. 79, 459, 461, 622.  
Debove, p. 55, 118, 237, 251, 272, 390, 405, 421, 567, 588.

Decaudin, p. 668.  
 Deffaux, p. 571, 651, 781.  
 Demange, p. 46, 394, 503.  
 Després, p. 55, 96, 114, 469, 502,  
 580, 582, 774, 777, 907, 932.  
 Dianoux, p. 196, 632, 633, 720.  
 Ducastel, p. 60.  
 Duguet, p. 462.  
 Dupuy (L.-E.), p. 12, 226, 523, 786.  
 Duret, p. 539, 637, 686.

**E**

Erebaquet, p. 397, 458, 459.

**F**

Farabeuf, p. 928.  
 Fioupe, p. 100, 305, 535, 543, 698.  
 Fourestié, p. 38, 309, 396.

**G**

Gillette, p. 80.  
 Giralde, p. 12, 49, 168, 177, 186, 362,  
 746, 907.  
 Gouguenheim, p. 840.  
 Graux, p. 144, 145, 188, 313, 477.  
 Guéniot, p. 19, 177, 417.  
 Guillaumet, p. 212, 582, 751.  
 Guillerme, p. 498.  
 Guyard, p. 507, 896.

**H**

Hanot, p. 52, 275, 278, 336, 400, 446,  
 539, 644, 696, 758.  
 Hayem, p. 145, 154, 313, 319, 320,  
 477, 667.  
 Henriot, p. 35, 303, 428.  
 Herpin, p. 633.  
 Hervey, p. 29.  
 Hervouet, p. 257.  
 Heydenreich, p. 255, 769.  
 Hirne, p. 50.  
 Hirtz, p. 248, 249.  
 Homolle, p. 49, 53, 115, 202, 247, 604,  
 627, 745, 802, 807, 873.

Houel, p. 454, 343, 302, 410, 448, 457,  
 470, 473, 554, 605, 613, 937, 943,  
 674, 746, 786.  
 Hutinel, p. 128, 384, 390.  
 Hybre, 83, 139.

**I**

Iszenard, p. 650.

**J**

Joffroy, p. 501, 523, 663.

**K**

Kelsch, p. 870.  
 Kirmisson, p. 443, 445, 455, 457, 613,  
 743, 830.

**L**

Labarraque, p. 885.  
 Laborde, p. 643.  
 Ladmiral, p. 638.  
 Laget, p. 42, 242, 826.  
 Lagrange, p. 114.  
 Landouzy, p. 189, 278, 298, 643.  
 Landrieux, p. 419, 556.  
 Lebec, p. 452, 856.  
 Leblond, p. 811.  
 Ledentu, p. 186, 575, 581.  
 Léger, p. 266, 373, 467, 702, 750.  
 Legroux, p. 217, 365, 672.  
 Lemaistre, p. 632.  
 Lépine, p. 156, 162, 363, 365, 671.  
 Letulle, p. 557.  
 Liouville, p. 42, 131, 256, 264, 585,  
 614.  
 Longuet, p. 73, 100, 131, 186, 421,  
 607, 704.  
 Lorey, p. 518, 520, 524, 572, 596, 625,  
 852.  
 Lorreyte, p. 83.  
 Lubimoff, p. 396.  
 Lucas-Championnière (J.), p. 107,  
 157, 257.  
 Lucas-Championnière (P.), p. 287.

## M

Machon, p. 212.  
 Magnan, p. 506.  
 Malassez, p. 237, 282, 287, 344, 568,  
 704, 921, 933.  
 Marciano, p. 106, 241, 369, 545, 562,  
 691, 921.  
 Marchand, p. 645, 680.  
 Martin, p. 19, 429, 509, 526, 572, 910.  
 Martinet, p. 408, 862.  
 Maunoir, p. 407, 530, 725.  
 Mercier, p. 831, 907.  
 Michel, p. 791.  
 Moizard, p. 207.  
 Montheil, p. 260.  
 Moutard-Martin, p. 182, 556, 557,  
 737, 820, 821, 866, 868, 888.  
 Mouton, p. 96, 100.  
 Muzelier, p. 847, 848.

## O

Ollivier, p. 704.  
 Ory, p. 237, 239, 340, 342, 567, 572,  
 721, 912.  
 Oulmont (P.), p. 548.

## P

Parrot, p. 81, 168, 169, 172, 202, 246,  
 550, 775.  
 Pasturaud, p. 132, 189, 432, 688.  
 Petit (Ch. H.), p. 14, 251, 675, 904.  
 Peyrot, p. 107, 162, 260, 262.  
 Picard, p. 863.  
 Pierret, p. 196, 700.  
 Pigeaux, p. 550.  
 Pinard, p. 87.  
 Pitres, p. 25, 545, 653, 928.  
 Planteau, p. 186.  
 Poncet, p. 118.  
 Poyet, p. 75.  
 Pozzi, p. 547, 672, 679, 773, 775.

## Q

Quinquaud, p. 420.

## R

Rafinesque, p. 796, 854.  
 Raynaud (M.), p. 169, 172, 250, 251,  
 517, 606.  
 Raymond, p. 73, 91, 258, 308, 405.  
 434, 437, 471, 474, 475, 562.  
 Reclus, p. 118, 225, 678.  
 Régnard, p. 157.  
 Rémy (A.), p. 127, 128, 674, 686, 717,  
 718, 746.  
 Rémy (Ch.), p. 374, 604, 795, 894.  
 Renault (A.), p. 698.  
 Renaut (J.), p. 642, 644, 645, 667,  
 679.  
 Rendu, p. 49, 168, 295, 297, 388, 482,  
 493, 506, 594, 595, 598, 675.  
 Rey, p. 539, 911.  
 Richelot, p. 574.  
 Rigabert, p. 88, 226.  
 Robin (A.), p. 278, 575.  
 Robin (L.), p. 610.  
 Rogeaud, p. 108, 209.

## S

Sainte-Marie, p. 765.  
 Sanné, p. 247.  
 Schwartz, p. 39, 396, 778, 876.  
 Seuvre, p. 174.  
 Sevestre, p. 52, 165, 783.  
 Sockeel, p. 709.  
 Stoïresco, p. 80, 243, 747.

## T

Trélat, p. 80, 173, 238, 239, 342, 343,  
 362.  
 Tresfort, p. 568.  
 Troisier, p. 25, 501, 502, 897.  
 Turner, p. 809, 848, 876.

## V

Vallerian, p. 449, 754, 825.  
 Verneuil, p. 113, 114, 766, 774, 777,  
 853.

Voisin, p. 402, 513, 517, 814, 917.

**W**

Wilbouchevitch, p. 227.

**Z**

Zambianchi, p. 90, 592, 594.

Ziembicki, p. 410, 451, 673.









